федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России)

Методические рекомендации по освоению навыков простых медицинских манипуляций

Специальность
31.05.03 – Стоматология

Уровень образования: высшее образование – специалитет

Форма обучения – очная

Нормативный срок освоения программы – 5 лет

Начальник учебно-методического управления — Е.Н. Копышева

Декан стоматологического факультета — О.В. Холмогорская

Иваново, 2020

Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинского персонала или родственников пациента
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Ветошь Комплект чистого белья Мешок для грязного белья Пеленка Перчатки нестерильные Емкость для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1. Объяснить ход и цель процедуры пациенту (если это возможно), 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. **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 пеленку. 6. Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны. 7. Помочь больному перекатиться через валик на чистую сторону. 8. Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. 9. Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели. 10. Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. 11. Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья. **Окончание процедуры.** 1. Удобно расположить пациента в постели.

		Осторожно поместить подушку обратно. 2. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
5	Особенности выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом головной конец и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз.
6	Оценка достигнутых результатов	Пациент лежит на чистом белье. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Клинические рекомендации

Анафилактический шок

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:	**T 78.0; T 78.2; T 80; T 88.6**
Возрастная группа:	**период новорожденности/дети/взрослые**
Год утверждения:	**2020**

Разработчик клинической рекомендации:

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Оглавление

Список сокращений....4

Термины и определения....5

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)....5

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....5

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....5

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....6

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем....6

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....6

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....8

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики....9

2.1 Жалобы и анамнез....10

2.2 Физикальное обследование....11

2.3 Лабораторные диагностические исследования....11

2.4 Инструментальные диагностические исследования....12

2.5 Иные диагностические исследования....12

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения....12

3.1 Консервативное лечение.....12

3.2 Хирургическое лечение....16

3.3 Иное лечение....16

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации....16

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики....16

6. Организация оказания медицинской помощи....17

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)....17

Критерии оценки качества медицинской помощи....18

Список литературы....19

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....25
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 27
Приложение 1.....29
Приложение 2.....29
Приложение 3.....29
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....30
Приложение А4. Противошоковый набор (для процедурных, стоматологических кабинетов). 31
Приложение Б. Алгоритмы действий врача 32
Алгоритм ведения пациента с АШ 33
Приложение В. Информация для пациента 34
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях 34

Список сокращений

Н1-рецепторы – гистаминовые рецепторы 1 типа;

АД – артериальное давление;

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия;

АШ – анафилактический шок;

ЛС – лекарственное средство;

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты;

СЛР – сердечно-легочная реанимация

в/в – внутривенно (-ый);

кг – килограмм;

мг – миллиграмм;

мм рт.ст. – миллиметр ртутного столба.

УДД - уровень достоверности доказательств

УУР - уровень убедительности рекомендаций

Термины и определения

Анафилаксия – это жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности. Она характеризуется быстрым развитием потенциально жизнеугрожающих изменений гемодинамики и/или нарушениями со стороны дыхательной системы. Возможно развитие анафилаксии с поражением кожи, слизистых и желудочно-кишечного тракта без гемодинамических и дыхательных нарушений [1,2,3].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Анафилактический шок (АШ) – острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления (АД) ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня [1] и приводящая к гипоксии жизненно важных органов [4].

Без выраженных гемодинамических нарушений диагноз шока неправомерен: например, жизнеугрожающий бронхоспазм в сочетании с крапивницей – анафилаксия, но не АШ.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиологические факторы: медицинские препараты и материалы, чаще лекарственные средства (ЛС) (31,2–46,5%), пищевые продукты (23,3–31%), яд перепончатокрылых насекомых (14,9–20%) [5,6,7,8,9]. Возможно развитие жизнеугрожающей анафилаксии на яды других животных, например, змей [10].

Встречаются случаи анафилаксии, когда причину ее развития установить не удается (в 24–26% случаев) [6].

Из медицинских препаратов и материалов наиболее часто вызывают АШ антибиотики для парентерального введения (среди них препараты пенициллинового ряда, цефалоспорины), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), йодсодержащие рентгенконтрастные средства, мышечные релаксанты, латекс [11,12,13].

Наиболее частыми провоцирующими факторами пищевой анафилаксии являются коровье молоко, рыба и морепродукты, орехи, арахис, яйца [14,15].

Вид триггера, наиболее часто вызывающего анафилаксию, зависит от возраста пациента. Так, в детском возрасте наиболее частая причина — пищевые продукты, у

взрослых – ЛС и яд перепончатокрылых [16,17].

Патогенез: реакции гиперчувствительности немедленного типа, как правило, протекающие с участием иммуноглобулинов Е, фиксированных на поверхности мембран базофилов и тучных клеток (1-й тип реакций гиперчувствительности по Gell и Coombs) [18].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным зарубежных ученых, частота встречаемости анафилаксии в общей популяции варьирует в широких пределах 1,5-7,9 на 100000 населения в год [5, 12].

Систематизированные данные по частоте встречаемости анафилаксии и АШ в Российской Федерации в настоящее время не представлены. Однако есть данные по отдельному региону: в г.Казань заболеваемость АШ в 2012 г. составила 0,37 на 10000 населения [19].

При этом смертность от анафилаксии составляет до 0,0001% [12], а летальность - до 1% [20, 21].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

T78.0 - Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу;

T78.2 – Анафилактический шок, неуточненный;

T80.5 – Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки;

T88.6 – Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Существуют различные классификации АШ в зависимости от степени тяжести гемодинамических нарушений, скорости развития, клинических проявлений.

По степени тяжести:

1 степень тяжести АШ: Гемодинамические нарушения незначительные, артериальное давление (АД) снижено на 30-40 мм рт.ст. от рабочих величин. Начало АШ может сопровождаться появлением предвестников (зуд кожи, сыпь, першение в горле, кашель и др.). Пациент в сознании, может быть возбуждение или вялость, беспокойство, страх смерти и пр. Отмечается чувство жара, шум в ушах, головная боль, сжимающая боль за грудиной. Кожные покровы гиперемированы, возможны крапивница, ангиоотек, риноконъюнктивит, кашель и пр.

2 степень тяжести АШ: Гемодинамические нарушения более выражены. Продолжается снижение АД ниже 90-60/40 мм рт.ст. Возможна потеря сознания. У больного может быть чувство беспокойства, страха, ощущение жара, слабость, зуд кожи, крапивница, ангиоотек, симптомы ринита, затруднение глотания, осиплость голоса (вплоть до афонии), головокружение, шум в ушах, парестезии, головная боль, боли в животе, в пояснице, в области сердца. При осмотре - кожа бледная, иногда синюшная, одышка, стридорозное дыхание, хрипы в легких. Тоны сердца глухие, тахикардия, тахиаритмия. Может быть рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

3 степень тяжести АШ: Потеря сознания, АД 60-40/0 мм рт.ст. Нередко судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков. Тоны сердца глухие, сердечный ритм неправильный, пульс нитевидный.

4 степень тяжести АШ: АД не определяется. Тоны сердца и дыхание не прослушиваются. Остановка кровообращения и дыхания – применяется протокол сердечно-легочной реанимации.

Гипотония для детей определена как:

< 70 мм рт.ст. от 1 месяца до 1-го года

[< 70 мм рт.ст + (2 х возраст в годах)] от 1до 10 лет,

< 90 мм рт.ст от 11 до 17 лет.

Первым признаком гипотонии у детей может быть быстро нарастающая тахикардия [22, 23].

По характеру течения:

а) Злокачественное течение характеризуется острым началом с быстрым падением АД (диастолическое — до 0 мм рт.ст.), нарушением сознания и нарастанием симптомов дыхательной недостаточности с явлениями бронхоспазма. Данная форма достаточно резистентна к интенсивной терапии и прогрессирует с развитием тяжелого отека легких, стойкого падения АД и глубокой комы. Чем быстрее развивается анафилактический шок, тем более вероятно развитие тяжелого анафилактического шока с возможным летальным исходом. Именно поэтому для данного течения анафилактического шока характерен неблагоприятный исход.

б) Острое доброкачественное течение характерно для типичной формы АШ. Расстройство сознания носит характер оглушения или сопора, сопровождается умеренными функциональными изменениями сосудистого тонуса и признаками дыхательной недостаточности. Для острого доброкачественного течения АШ характерны наличие хорошего эффекта от своевременной и адекватной терапии, благоприятный исход.

в) Затяжной характер течения наблюдается после проведения активной противошоковой терапии, которая дает временный или частичный эффект. В последующий период симптоматика не такая острая, как при первых двух разновидностях АШ, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам, что нередко приводит к формированию таких осложнений, как пневмония, гепатит, энцефалит. Данное течение характерно для АШ, развившегося вследствие введения препаратов пролонгированного действия.

г) Рецидивирующее течение характеризуется возникновением повторного шокового состояния после первоначального купирования его симптомов. Часто развивается после применения ЛС пролонгированного действия. Рецидивы по клинической картине могут отличаться от первоначальной симптоматики, в ряде случаев имеют более тяжелое и острое течение, более резистентны к терапии.

д) Абортивное течение - наиболее благоприятное. Часто протекает в виде асфиктического варианта АШ. Гемодинамические нарушения при этой форме АШ выражены минимально. Купируется достаточно быстро [24].

По доминирующей клинической симптоматике:

а) Типичный вариант — гемодинамические нарушения часто сочетаются с поражением кожи и слизистых (крапивница, ангиоотек), бронхоспазм.

б) Гемодинамический вариант — гемодинамические нарушения выступают на первый план или носят изолированный характер.

в) Асфиктический вариант — преобладают симптомы острой дыхательной недостаточности.

г) Абдоминальный вариант — преобладают симптомы поражения органов брюшной полости в сочетании с гемодинамическими или асфиктическими проявлениями.

д) Церебральный вариант — преобладают симптомы поражения центральной нервной системы в сочетании с гемодинамическими или асфиктическими проявлениями [24].

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

АШ обычно развивается в течение двух часов после воздействия аллергена, обычно в течение 30 минут при пищевой аллергии и быстрее при реакции на ЛС для парентерального введения или яд насекомых. В случаях фатальных реакций среднее время от первых симптомов до остановки кровообращения составляло 30, 15 и 5 минут для

пищевых продуктов, ядов насекомых и ЛС для парентерального введения соответственно [25,26].

Для клинической картины развития анафилаксии и АШ характерно наличие одного из трех диагностических критериев:

1. Острое начало заболевания (от нескольких минут до нескольких часов) с вовлечением кожи и/или слизистых (генерализованная крапивница, зуд или гиперемия, отек губ, языка, небного язычка) в сочетании с:

А) респираторными нарушениями (диспноэ, бронхоспазм, свистящие хрипы, снижение скорости потока, гипоксемия);

Б) снижение АД или ассоциированные с ним симптомы поражения органов-мишеней (гипотония, потеря сознания, недержание вследствие расслабления сфинктеров).

2. Два или более из следующих симптомов, возникших остро после контакта с возможным аллергеном, но при обязательном наличии жизнеугрожающих нарушений со стороны дыхания и/или кровообращения:

А) Поражение кожи и/или слизистых в виде генерализованной крапивницы, зуда и/или эритемы, отека губ, языка, век, ушей, небного язычка.

Б) Респираторные проявления (затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стридор, гипоксемия).

В) Внезапное снижение АД и, как следствие, развитие коллапса, синкопальных состояний, недержания вследствие расслабления сфинктеров.

Г) Персистирующие гастроинтестинальные нарушения в виде спастических болей в животе, рвоты.

3. Снижение АД после контакта с известным для данного пациента аллергеном. Критерии снижения АД см. раздел 1.5 Классификация по степени тяжести [1,27,28].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Как правило, диагноз АШ устанавливается на основании клинической картины заболевания (острое начало характерных симптомов через минуты – часы после контакта с триггером) и обстоятельств, при которых возникла реакция (применение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление перепончатокрылым, без установленной причины) [16].

Дифференциальная диагностика проводится с:

- другими видами шока (кардиогенный, септический и пр.);

- *другими острыми состояниями, сопровождающимися артериальной гипотонией, нарушением дыхания и сознания: острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, синкопальные состояния, тромбоэмболия легочной артерии, эпилепсия, солнечный и тепловой удары, гипогликемия, гиповолемия, передозировка ЛС, аспирация и др.;*

- *вазовагальными реакциями;*

- *психогенными реакциями (истерия, панические атаки);*

- *системным мастоцитозом [4].*

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** всем пациентам с предполагаемыми анафилаксией или АШ собрать информацию о всех возможных провоцирующих факторах с целью их верификации [4, 22].

Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5).

Комментарий: *Сбор анамнеза и жалоб чаще всего возможен после стабилизации состояния и играет важную роль для постановки диагноза анафилаксии и АШ, определения причины его развития и профилактики повторных реакций.*

- При сборе анамнеза у всех пациентов **рекомендуется** обратить внимание на:
  1. обстоятельства, при которых развился АШ (введение ЛС, употребление пищевого продукта, ужаление насекомым, проведение АСИТ).
  2. время возникновения реакции – внезапное развитие характерных симптомов (через минуты, часы) после воздействия триггера, часто быстрое прогрессирование симптомов.
  3. наличие факторов, повышающих риск развития тяжелого АШ (пожилой возраст, сопутствующая патология: бронхиальная астма и другие хронические заболевания органов дыхания, тяжелые атопические заболевания, сердечно-сосудистая патология, мастоцитоз, прием блокаторов β-адренорецепторов и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и др.) [4, 14, 22, 23, 29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** всем пациентам с предполагаемыми анафилаксией или АШ оценить характерные для клинической картины жалобы с целью постановки диагноза, определения варианта, характера течения, степени тяжести заболевания [4, 22].

Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5)

Комментарий: *Жалобы пациента зависят от степени тяжести, доминирующей клинической симптоматики, характера течения АШ.*

Жалобы (при сохраненном сознании) на кожный зуд, высыпания на коже, отек глаз, слизистой полости рта, слизистые выделения из носа, чихание, кашель, одышку, боли в груди, животе, металлический привкус во рту, беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе [22, 30].

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией или АШ провести физикальный осмотр с целью постановки диагноза, определения варианта, характера течения, степени тяжести [22,24].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Обязательным критерием анафилаксии/АШ являются жизнеугрожающие нарушения со стороны дыхания и/или снижение АД в сочетании с нарушениями со стороны других органов и систем:*

- сердечно-сосудистой системы: тахикардия, брадикардия, нарушения ритма сердца, сжимающая боль за грудиной, шум в ушах, парестезии, недержание мочи, кала, остановка сердца;

- кожных покровов и слизистых: эритема и гиперемия, генерализованный зуд кожи и слизистых, уртикарные высыпания, ангиоотек губ, языка, периорбитальный отек, конъюнктивит, на более поздних стадиях – бледность, холодный пот, цианоз губ;

- дыхательной системы: ринит, ринорея, чихание, одышка, кашель, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, дисфония, стридор, отек дыхательных путей (возможно развитие асфиксии при отеке гортани);

- центральной нервной системы: головная боль, головокружение, изменение поведения, возбуждение, вялость, страх смерти, судороги, потеря сознания, мидриаз;

- желудочно-кишечного тракта: боль в животе, тошнота, рвота, диарея;

- других органов и систем: металлический привкус во рту, метроррагия [22].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендуется** пациентам с подозрением на анафилаксию/АШ для дифференциальной диагностики с другими видами шока определение уровня

сывороточной триптазы в крови через 15 минут - 3 часа после возникновения первых симптомов и после выздоровления [12, 19]. Диагностически значимым является повышение уровня триптазы выше, чем (1,2 х базальный уровень триптазы + 2 мг/дл) [27].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии*: Нормальный уровень сывороточной триптазы не исключает диагноз АШ. Уровень сывороточной триптазы может повышаться при других состояниях (инфаркт миокарда, травма, эмболия амниотическими водами, синдром внезапной младенческой смерти,, мастоцитоз) [31]. В настоящее время тест недоступен к экстренному применению в широкой клинической практике.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ обязательно мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений для оказания неотложной помощи [33, 34].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *при отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2-5 минут, контролировать уровень оксигенации [4].*

2.5 Иные диагностические исследования

Не проводятся.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

При выявлении критериев анафилаксии, АШ любыми лицами, необходимо немедленно вызвать помощь для оказания первой медицинской помощи [22,30].

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ незамедлительно ввести эпинефрин** для купирования анафилаксии/АШ [35].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ в/м введение эпинефрина в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости – через одежду (данная локализация предпочтительна в сравнении с введением в дельтовидную мышцу и подкожным введением) для купирования анафилаксии/АШ [35,36,37,38].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)
- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ введение эпинефрина** из расчета 0,01 мг/кг, максимальная разовая доза для взрослого пациента составляет 0,5 мг, для ребенка – 0,3 мг для купирования анафилаксии/АШ [22].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ при отсутствии ответа на первую дозу не менее, чем через 5 минут, ввести повторную дозу эпинефрина** для достижения клинического эффекта [30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ при отсутствии эффекта от в/м введения эпинефрина ввести его в/в в разведении до 1:10000 (1 мл раствора эпинефрина на 9 мл раствора натрия хлорида 0,9%) для купирования анафилаксии/АШ [39, 40].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 3).
- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ при неэффективности трех болюсов эпинефрина**, введенных в/в или в/м, начать инфузию эпинефрина** в дозе 0,1 мкг/кг/мин с титрованием дозы (до 1 мкг/кг/мин) для купирования анафилаксии/АШ [39, 41].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).
- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм для купирования анафилаксии/АШ [4, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *при развитии АШ на: в/в введение ЛС - немедленно остановить введение ЛС, сохранить венозный доступ; яд перепончатокрылых - удалить жало (при наличии), выше места ужаления на конечность наложить венозный жгут [4]. Если удаление аллергена требует значительных затрат времени (например, промывания желудка), делать этого не следует.*

- **Рекомендуется** всех пациентов с анафилаксей/АШ уложить в положение на спине, приподнять нижние конечности. В случае, если пациент без сознания, провести прием Сафара для обеспечения проходимости дыхательных путей [4, 41].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так как это в течение нескольких секунд может привести к фатальному исходу.*

В случае, если пациент без сознания, следует повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у пациента установлены зубные протезы, их необходимо удалить [4].

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ обеспечить поступление кислорода средним потоком через лицевую маску для восполнения кислорода в тканях организма [28, 30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ после введения эпинефрина** в/в введение кристаллоидных растворов болюсно для профилактики гиповолемии [30].

Комментарий*: если вызвавшее аллергию ЛС вводилось в/в, то необходимо сохранить доступ [24]. Рекомендованная доза кристаллоидных растворов составляет 20 мл/кг массы тела [28]. Применяется подогретый (по возможности) 0,9% раствор натрия хлорида или, предпочтительнее, сбалансированный кристаллоидный раствор (500 – 1000 мл для пациента с нормотензией и 1000–2000 мл для пациента с артериальной гипотензией); при наличии в анамнезе сердечной недостаточности – не более 250 мл за 5–10 мин, у детей – 20 мл/кг [40]. Растворы декстрозы не рекомендуются вследствие быстрой экстравазации введенного объема [42].*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ после введения эпинефрина** введение системных ГКС для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений [4, 30].

Начальные дозы: взрослым: дексаметазон** 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон** 90-120 мг в/в струйно, или метилпреднизолон** 50-120 мг в/в струйно, гидрокортизон** в/м по 100–150 мг каждые 4 ч в течение 48 ч; затем — каждые 8–12 ч, бетаметазон** 14 мг глубоко в/м. Детям метилпреднизолон** 1 мг/кг, максимум 50 мг, или преднизолон** 2-5 мг/кг, или гидрокортизон** 1–2 мг/кг каждые 4 ч, оптимальная суточная доза — 6–9 мг/кг.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Длительность и доза ГКС подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений.*

- Не рекомендуется пульс-терапия ГКС пациентам с анафилаксией/АШ [4].

  Уровень убедительности данных С (уровень достоверности данных 5)

- **Рекомендуется** пациенту с анафилаксией/АШ после стабилизации АД, если есть проявления со стороны кожи и слизистых, введение блокаторов Н1-гистаминовых рецепторов для уменьшения проницаемости капилляров, отека тканей, зуда и гиперемии.

  Рекомендуемые дозировки: клемастин** 0,1% - 2 мл (2 мг) взрослым для в/в или в/м введения, детям – в/м по 25 мкг/кг в сутки, разделяя на 2 инъекции; хлоропирамин** 2% - 1 мл (20 мг) для в/в или в/м введения взрослым 1-2 мл, детям – начинают с дозы 5 мг (0,25 мл), дифенгидрамин** для взрослого – 25-50 мг, для ребенка весом менее 35-40 кг – 1 мг/кг, максимально 50 мг [43].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Начало действия антигистаминных препаратов существенно превышает начало действия адреналина, поэтому в данном случае нет пользы их немедленного введения после возникновения эпизода анафилаксии/АШ. Но существенным ограничением является факт возможного усугубления гипотензии при быстром*

*внутривенном введении. Поэтому для взрослых дифенгидрамин назначается медленно (не менее 5 мин) внутривенно в дозе 25-50 мг [42]. Детям, в*есом менее 35-40 кг – 1 мл/кг, максимально 50 мг. Запрещен при недоношенности и в период новорожденности.

- **Рекомендуется** пациентам с анафилаксией/АШ при сохраняющемся бронхоспазме, несмотря на введение эпинефрина, применение селективного β_2-адреномиметика [30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *через небулайзер раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл [4].*

3.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

3.3 Иное лечение

Не проводится.

Диетотерапия и обезболивание не применяется

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не разработана.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** всем пациентам с анафилаксией/АШ консультация врача аллерголога-иммунолога для выявления аллергена, вызвавшего АШ и получения рекомендаций по дальнейшему предотвращению контакта с аллергеном [30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- **Рекомендуется** всех пациентов с анафилаксией/АШ обучить оказанию первой помощи в случае развития повторного АШ [30].

  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
- **Рекомендуется** всем пациентам с отягощенным аллергологическим

анамнезом перед оперативным вмешательством, рентгеноконтрастным исследованием проводить премедикацию: за 1 час до вмешательства вводят дексаметазон** 4-8 мг или преднизолон** 30-60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-растворе натрия хлорида; клемастин 0,1%-2 мл или хлоропирамина гидрохлорид 0,2%-1-2 мл в/м или в/в на 0,9% растворе натрия хлорида или 5% растворе декстрозы [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания к госпитализации

Показана экстренная госпитализация в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации при диагностике анафилаксии/АШ. Госпитализация в отделении реанимации не менее 24 часов.

Показания к выписке пациента из стационара

При купировании анафилаксия или АШ, учитывая невозможность предсказать их затяжное или рецидивирующее течение, показана госпитализация на срок не менее 12-24 часов [30]. При необходимости возможно продление на 2-3 суток. В течение 3–4 недель могут сохраняться нарушения функции различных органов и систем, в связи с чем требуется амбулаторное наблюдение [24].

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Прогноз

Даже при правильно оказанной медицинской помощи возможен летальный исход [33,34,40,41,42,44,45].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Прекращение поступления аллергена в организм	5	C
2	Немедленное введение эпинефрина	4	C
3	Введение эпинефрина должно проводиться в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра	1	A
4	Введение системных ГКС для снижения риска продленной фазы респираторных проявлений	5	C
5	Вызов реанимационной бригады или скорой медицинской помощи	5	C
6	Положение больного горизонтально на спине с поднятыми нижними конечностями и повернутой набок головой	5	C
7	Рекомендована подача кислорода при средней скорости потока через лицевую маску	5	C
8	Повторная доза эпинефрина может быть введена в/м не менее чем через 5 минут после предыдущей	5	C
9	Эпинефрин в/в может вводится при недостаточном ответе на 2 и более дозы эпинефрина в/м, только при мониторировании сердечной деятельности	4	B
10	Мониторирование пульса, АД, частота дыхательных движений	5	C

Список литературы

1. Sampson H, Muñoz-Furlong A, Campbell R et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2006;117(2):391-397. doi:10.1016/j.jaci.2005.12.1303
2. Soar J, Pumphrey R, Cant A et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers. Resuscitation. 2008;77(2):157-169. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.001
3. Shaker M, Wallace D, Golden D et al. Anaphylaxis—a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) analysis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2020. doi:10.1016/j.jaci.2020.01.017
4. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2014. — С. 35–47.
5. Wood R, Camargo C, Lieberman P et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2014;133(2):461-467. doi:10.1016/j.jaci.2013.08.016
6. Turner P, Gowland M, Sharma V et al. Increase in anaphylaxis-related hospitalizations but no increase in fatalities: An analysis of United Kingdom national anaphylaxis data, 1992-2012. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2015;135(4):956-963.e1. doi:10.1016/j.jaci.2014.10.021
7. Ye Y, Kim M, Kang H et al. Predictors of the Severity and Serious Outcomes of Anaphylaxis in Korean Adults: A Multicenter Retrospective Case Study. Allergy Asthma Immunol Res. 2015;7(1):22. doi:10.4168/aair.2015.7.1.22

8. Vale S, Smith J, Said M, Dunne G, Mullins R, Loh R. ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2012 update. J Paediatr Child Health. 2013;49(5):342-345. doi:10.1111/jpc.12166

9. Sole D, Ivancevich J, Borges M et al. Anaphylaxis in Latin America: a report of the online Latin American survey on anaphylaxis (OLASA). Clinics. 2011;66(6):943-947. doi:10.1590/s1807-59322011000600004

10. Ryan K, Martin Caravati E. Life-threatening anaphylaxis following envenomation by two different species of Crotalidae. J Wilderness Med. 1994;5(3):263-268. doi:10.1580/0953-9859-5.3.263

11. Fischer D, Vander Leek T, Ellis A, Kim H. Anaphylaxis. Allergy, Asthma & Clinical Immunology. 2018;14(S2). doi:10.1186/s13223-018-0283-4

12. Panesar S, Javad S, de Silva D et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. Allergy. 2013;68(11):1353-1361. doi:10.1111/all.12272

13. Simons F, Ebisawa M, Sanchez-Borges M et al. 2015 update of the evidence base: World Allergy Organization anaphylaxis guidelines. World Allergy Organization Journal. 2015;8:32. doi:10.1186/s40413-015-0080-1

14. Есакова Н.В., Пампура А.Н. Пищевая анафилаксия у детей: ретроспективный анализ 53 случаев. Российский Аллергологический Журнал, 2013;5:22-27.

15. Bock S, Muñoz-Furlong A, Sampson H. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2001;107(1):191-193. doi:10.1067/mai.2001.112031

16. Sampson H, Muñoz-Furlong A, Bock S et al. Symposium on the Definition and Management of Anaphylaxis: Summary report. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2005;115(3):584-591. doi:10.1016/j.jaci.2005.01.009

17. Simons F. Anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010;125(2):S161-S181. doi:10.1016/j.jaci.2009.12.981

18. Clinical aspects of Immunology, 3-d, Gell PGH, Coombs RRA, Lachmann R. Oxford: Blackwell Scintific Publications, 1975

19. Сафина Л.Ф., Фассахов Р.С., Решетникова И.Д. с соавт. Анафилактический шок: ретроспективный анализ госпитализаций по данным аллергологического отделения города Казани. Практическая Медицина. 2014;7(83):91-95.

20. Ma L, Danoff T, Borish L. Case fatality and population mortality associated with anaphylaxis in the United States. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2014;133(4):1075-1083. doi:10.1016/j.jaci.2013.10.029

21. Mehr S, Liew W, Tey D, Tang M. Clinical predictors for biphasic reactions in children presenting with anaphylaxis. Clinical & Experimental Allergy. 2009;39(9):1390-1396. doi:10.1111/j.1365-2222.2009.03276.x

22. Simons F, Ardusso L, Bilò M et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. World Allergy Organization Journal. 2011;4(2):13-37. doi:10.1097/wox.0b013e318211496c

23. Lieberman P, Nicklas R, Oppenheimer J et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010;126(3):477-480.e42. doi:10.1016/j.jaci.2010.06.022

24. Лопатин А.С. Лекарственный анафилактический шок. — М.: Медицина, 1983

25. de Silva I, Mehr S, Tey D, Tang M. Paediatric anaphylaxis: a 5year retrospective review. Allergy. 2008;63(8):1071-1076. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01719.x

26. Pumphrey RSH. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. Clin Exp Allergy 2000;30: 1144-1150.

27. Cox L, Larenas-Linnemann D, Lockey R, Passalacqua G. Speaking the same language: The World Allergy Organization Subcutaneous Immunotherapy Systemic Reaction Grading System. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010;125(3):569-574.e7. doi:10.1016/j.jaci.2009.10.060

28. Simons F. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved?. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007;120(3):537-540. doi:10.1016/j.jaci.2007.06.025

29. Worm M, Edenharter G, Ruëff F et al. Symptom profile and risk factors of anaphylaxis in Central Europe. Allergy. 2012;67(5):691-698. doi:10.1111/j.1398-9995.2012.02795.x

30. Muraro A, Roberts G, Worm M et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2014;69(8):1026-1045. doi:10.1111/all.12437

31. Valent P, Akin C, Arock M et al. Definitions, Criteria and Global Classification of Mast Cell Disorders with Special Reference to Mast Cell Activation Syndromes: A Consensus Proposal. Int Arch Allergy Immunol. 2012;157(3):215-225. doi:10.1159/000328760

32. Laroche D, Gomis P, Gallimidi E, Malinovsky J, Mertes P. Diagnostic Value of Histamine and Tryptase Concentrations in Severe Anaphylaxis with Shock or Cardiac Arrest during Anesthesia. Anesthesiology. 2014;121(2):272-279. doi:10.1097/aln.0000000000000276

33. Soar J, Pumphrey R, Cant A et al. Emergency treatment of anaphylactic reactions—Guidelines for healthcare providers. Resuscitation. 2008;77(2):157-169. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.001

34. Brown S, Mullins R, Gold M. 2. Anaphylaxis: diagnosis and management. Medical Journal of Australia. 2006;185(5):283-289. doi:10.5694/j.1326-5377.2006.tb00563.x

35. Simons F, Roberts J, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1998;101(1):33-37. doi:10.1016/s0091-6749(98)70190-3

36. Simons F, Gu X, Simons K. Epinephrine absorption in adults: Intramuscular versus subcutaneous injection. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2001;108(5):871-873. doi:10.1067/mai.2001.119409

37. Sampson H, Mendelson L, Rosen J. Fatal and Near-Fatal Anaphylactic Reactions to Food in Children and Adolescents. New England Journal of Medicine. 1992;327(6):380-384. doi:10.1056/nejm199208063270603

38. Söreide E, Buxrud T, Harboe S. Severe anaphylactic reactions outside hospital: etiology, symptoms and treatment. Acta Anaesthesiol Scand. 1988;32(4):339-342. doi:10.1111/j.1399-6576.1988.tb02740.x

39. McLean-Tooke A, Bethune C, Fay A, Spickett G. Adrenaline in the treatment of anaphylaxis: what is the evidence? BMJ 2003; 327(7427): p. 1332-1335. Doi:10/1136/bmj.327.7427.1332

40. Anaphylaxis: Emergency treatment guidelines, 2017 (https://allergy.org.au/)

41. Harper N, Dixon T, Dugué P et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. Anaesthesia. 2009;64(2):199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.x

42. Pumphrey R, Gowland M. Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom, 1999-2006. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007;119(4):1018-1019. doi:10.1016/j.jaci.2007.01.021

43. Kolawole H, Marshall S, Crilly H, Kerridge R, Roessler P. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group/ Australian and New Zealand College of Anaesthetists Perioperative Anaphylaxis Management Guidelines. Anaesth Intensive Care. 2017;45(2):151-158.

44. Аллергология и клиническая иммунология. Клинические рекомендации. Главные редакторы акад. РАН Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина. — М., 2019. — С. 52–69.

45. Harper N, Dixon T, Dugué P et al. Suspected Anaphylactic Reactions Associated with Anaesthesia. Anaesthesia. 2009;64(2):199-211. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05733.x

46. Dykewicz M, Fineman S. Executive Summary of Joint Task Force Practice Parameters on Diagnosis and Management of Rhinitis. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. 1998;81(5):463-468. doi:10.1016/s1081-

1206(10)63152-3

47. Баялиева А.Ж., Заболотских И.Б., Лебединский К.М., Мусаева Т..С., Шифман Е.М., Куликов А.В. Профилактика и лечение периоперационной анафилаксии и анафилактического шока. Анестезиология и реаниматология.2018;1-2:82-90.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Астафьева Наталья Григорьевна - д.м.н., профессор, зав.кафедрой клинической иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского МЗ РФ.
2. Баялиева Айнагуль Жолдошевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой анестезиологии и реаниматологии, медицины катастроф ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, член президиума общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
3. Заболотских Игорь Борисович – первый вице-президент Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов», д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, первый вице-президент Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов», **ответственный редактор.**
4. Ильина Наталья Ивановна – вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ), д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России по клинической работе – главный врач, **ответственный редактор.**
5. Куликов Александр Вениаминович – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург), член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
6. Латышева Татьяна Васильевна – д.м.н., профессор кафедры клинической аллергологии и иммунологии ФПДО МГМСУ, заведующий отделением иммунопатологии взрослых ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.
7. Лебединский Константин Михайлович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии имени В.Л. Ваневского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

8. Мусаева Татьяна Сергеевна – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».
9. Мясникова Татьяна Николаевна – научный сотрудник отделения иммунопатологии взрослых ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, к.м.н.
10. Пампура Александр Николаевич – руководитель отдела аллергологии и клинической иммунологии ОСП «НИКИ педиатрии имени академика Ю.Е.Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, д.м.н., профессор.
11. Фассахов Рустэм Салахович - д.м.н., профессор кафедры фундаментальных основ клинической медицины Казанского Федерального университета.
12. Хлудова Людмила Геннадьевна – младший научный сотрудник отделения иммунопатологии взрослых ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России.
13. Шифман Ефим Муневич – д.м.н., профессор, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, член президиума общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов».

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач-акушер-гинеколог;
2. врач-аллерголог-иммунолог;
3. врач-анестезиолог-реаниматолог;
4. врач-гастроэнтеролог;
5. врач-генетик;
6. врач-дерматовенеролог;
7. врач-детский хирург;
8. врач-лабораторный генетик;
9. врач-неонатолог;
10. врач общей практики (семейный врач);
11. врач-ортодонт;
12. врач-оториноларинголог;
13. врач-педиатр;
14. врач-педиатр городской (районный);
15. врач-педиатр участковый;
16. врач-пластический хирург;
17. врач по гигиене детей и подростков;
18. врач по гигиене труда;
19. врач по общей гигиене;
20. врач приемного отделения;
21. врач скорой медицинской помощи;
22. врач-стоматолог;
23. врач-стоматолог детский;
24. врач-стоматолог-ортопед;
25. врач-стоматолог-терапевт;
26. врач-стоматолог-хирург;
27. врач-терапевт;
28. врач-терапевт подростковый;
29. врач-терапевт участковый;
30. врач-терапевт участковый цехового врачебного участка;
31. врач-трансфузиолог;
32. врач функциональной диагностики;

33. врач-хирург;

34. врач-челюстно-лицевой хирург;

35. врач-эндоскопист;

Методология разработки клинических рекомендаций

2 члена рабочей группы (Мясникова Татьяна Николаевна и Хлудова Людмила Геннадьевна) независимо друг от друга выполняли систематический поиск и отбор публикаций независимо друг от друга с 01.08.2019 по 23.09.2019. Поиск проводился в поисковой системе PubMed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), Кокрановской библиотеке (http://www.cochranelibrary.com/), научной электронной библиотеке eLIBRARY.ru (http://elibrary.ru/defaultx.asp), базе данных EMBASE (https://www.elsevier.com/solutions/embase biomedical research), а также по регистрам клинических испытаний: https://clinicaltrials.gov/ и https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr search/search. Было найдено 250 публикаций, и из них было отобрано 110 публикаций. В случае возникновения разногласий при отборе публикации привлекались остальные члены рабочей группы. На основании отобранных публикаций оба эксперта независимо друг от друга сформулировали тезис-рекомендации, которые были оценены с помощью шкал оценки уровне достоверности доказательств и методов диагностики, оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств), оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств). (Приложение 1, Приложение 2, Приложение 3) В дальнейшем каждая тезис-рекомендация была тщательно обсуждена на общем собрании рабочей группы, во всех случаях разногласия был достигнут консенсус.

Приложение 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Приложение 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Приложение 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».

2. Приказ МИНЗДРАВА РФ № 103н от 28.02.2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

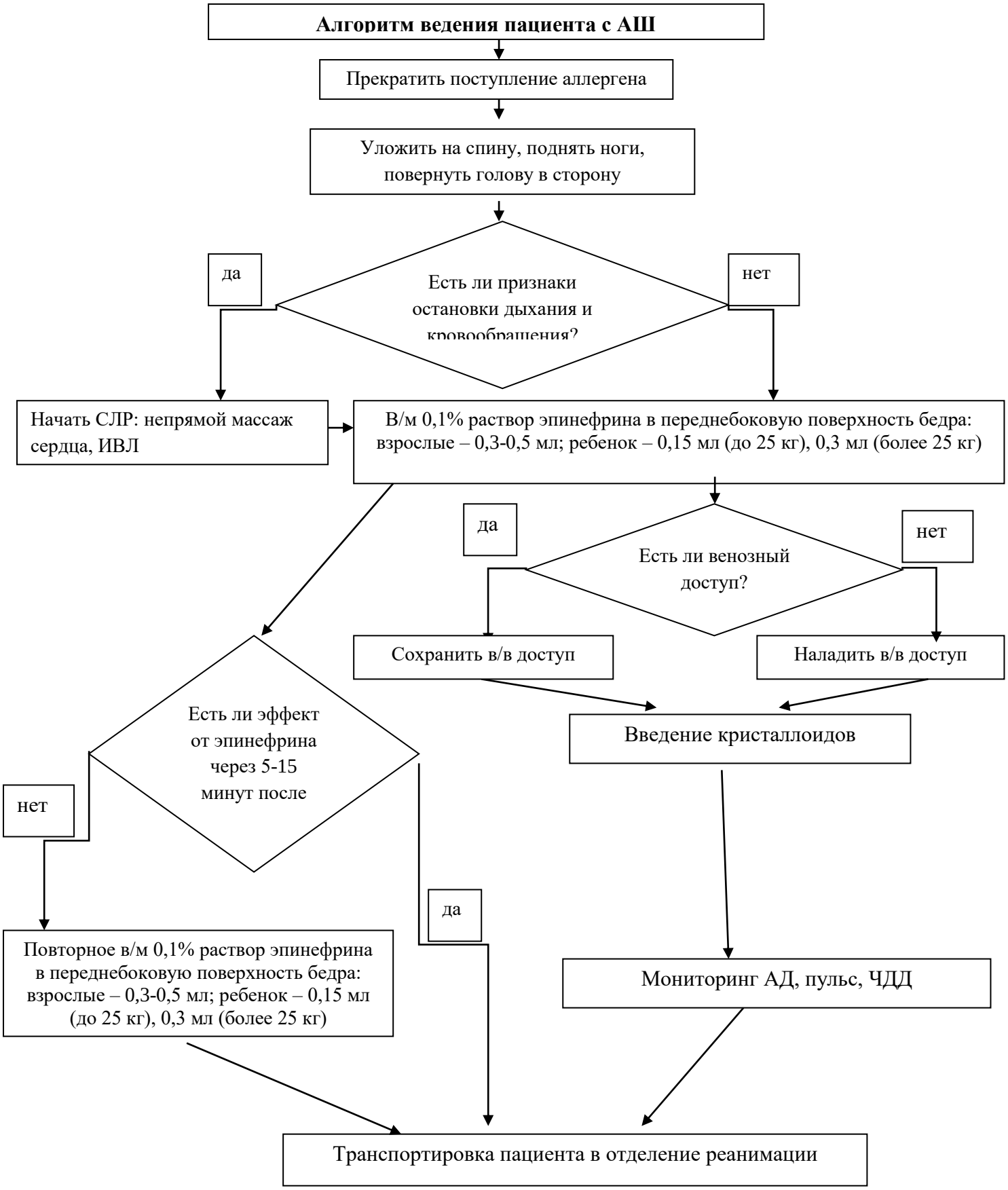
3. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1183н г

Рекомендуемый противошоковый набор (для процедурных, стоматологических кабинетов).

1. Раствор эпинефрин 0,1 % в ампулах № 10
2. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах №10
3. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах № 10
4. Раствор гидрокортизона 100 мг - № 10
5. Раствор бетаметазона (бетаметазона дипропионат 6,43 мг и бетаметазона натрия фосфат 2,63 мг) в ампулах №10
6. Дифенгидрамин 1% в ампулах №10
7. Клемастин 0,1% - 2 мл
8. Хлоропирамин 2% - 1 мл
9. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза №2
10. Раствор декстрозы 40% в ампулах № 20
11. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах № 20
12. Раствор глюкозы 5% – 250 мл (стерильно) № 2
13. Раствор хлорида натрия 0,9% - 400 мл №2
14. Раствор атропина 0,1% в ампулах №5
15. Спирт этиловый 70% – 100 мл
16. Роторасширитель №1
17. Языкодержатель №1
18. Жгут №1
19. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.
20. В/в катетер или игла (калибром G14-18; 2,2-1,2 мм) №5
21. Система для в/в капельных инфузий №2
22. Перчатки медицинские одноразовые 2 пары
23. Воздуховод
24. Аппарат дыхательный ручной (тип AMBU)
25. Ларингеальная маска

Приложение Б. Алгоритмы действий врача


Алгоритм ведения пациента с АШ
Прекратить поступление аллергена
Уложить на спину, поднять ноги, повернуть голову в сторону
Есть ли признаки остановки дыхания и кровообращения?
да
нет
Начать СЛР: непрямой массаж сердца, ИВЛ
В/м 0,1% раствор эпинефрина в переднебоковую поверхность бедра: взрослые – 0,3-0,5 мл; ребенок – 0,15 мл (до 25 кг), 0,3 мл (более 25 кг)
Есть ли венозный доступ?
да
нет
Сохранить в/в доступ
Наладить в/в доступ
Введение кристаллоидов
Есть ли эффект от эпинефрина через 5-15 минут после
нет
да
Повторное в/м 0,1% раствор эпинефрина в переднебоковую поверхность бедра: взрослые – 0,3-0,5 мл; ребенок – 0,15 мл (до 25 кг), 0,3 мл (более 25 кг)
Мониторинг АД, пульс, ЧДД
Транспортировка пациента в отделение реанимации

Приложение В. Информация для пациента

1. Пациенты, перенесшие АШ на введение ЛС, должны быть информированы о причинно-значимых ЛС и не должны их применять в дальнейшем.

2. Пациенты с АШ на ужаления перепончатокрылыми должны избегать ужалений перепончатокрылыми и иметь при себе раствор эпинефрина 0,1%, системные глюкокортикостероиды в растворе, антигистаминные препараты.

3. Пациенты с АШ на пищевые продукты должны исключить эти продукты из употребления и иметь при себе раствор эпинефрина 0,1% системные глюкокортикостероиды в растворе, антигистаминные препараты.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Нет

Взятие материала из зева и носа на дифтерию

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	до и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук во время процедуры обязательно использование средств индивидуальной защиты
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Манипуляционный столик Штатив Шпатель стерильный Стерильные зонды-тампоны, вмонтированные в стеклянную пробирку с транспортной средой. Тампон в виде капли. спирт этиловый 70° или другой антисептик для обработки рук персонала дезинфицирующее средство
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента
4	Алгоритм действий	Алгоритм забора носоглоточной слизи

		Подготовка к процедуре: 1. подготовить на манипуляционном столике необходимое оснащение 2. представиться пациенту, объяснить ход и цель предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить 4. Надеть перчатки **Выполнение процедуры** <u>Методика взятия материала сухим и увлажненным тампоном из зева одинакова</u> 1. Попросить пациента открыть рот, левой рукой зафиксировать с помощью шпателя корень языка 2. Правой рукой ввести тампон в полость рта, продвигая его за корень языка 3. Круговым движением взять мазок с глоточного кольца, однократно, не касаясь языка и щек, малого язычка. При наличии налета материал берут с границы пораженных и здоровых тканей. 4. Осторожно над шпателем извлечь тампон из полости рта и поместить в пробирку. Тампоны доставляют в лабораторию. Сухой тампон засеять на чашку с питательной средой, а увлажненный инкубируют при 37°С — 24 часа. <u>Методика взятия материала сухим тампоном из носа</u> 1. Не касаясь крыльев носа, тампон вводят в один, а потом в другой носовой ходы. 2. Тампон засеять на питательную среду, а затем поместить в среду обогащения.

		Окончание процедуры 1. снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции 2. обработать руки гигиеническим способом, осушить 3. сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию и оформить направление 4. организовать доставку пробы в лабораторию в течение двух часов.
5	Особенности выполнения методики	Материал рекомендуется брать натощак или через 2-3 часа после еды.
6	Оценка достигнутых результатов	Правильный забор материала и доставка пробы в лабораторию. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации Своевременность выполнения процедуры Отсутствие осложнений
7	Оформление медицинской документации	

Внутривенное введение лекарственных средств

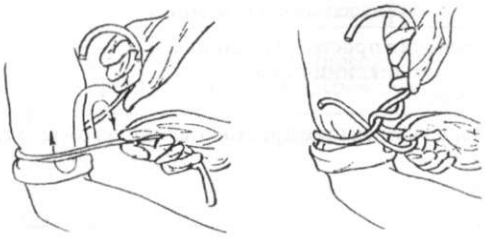
№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после выполнения процедуры проводить гигиеническую обработку рук. Во время процедуры использовать средства индивидуальной зажиты (спецодежда, колпак, маска, перчатки, очки или защитный экран). Использовать непрокалываемые контейнеры, деструкторы для использованных игл (шприцев с интегрированными иглами).
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	перчатки медицинские (не стерильные) спецодежда, колпак, маска, очки или защитный экран) шприц стандартного объема (до 20 мл) игла инъекционная 0,7(0,8)х38(40) (до 50 мм) жгут венозный (резиновый или эластичный) подушка клеенчатая (или подлокотник для стабилизации руки) лоток стерильный лоток не стерильный пинцет анатомический стерильный ножницы бинт пластырь или самоклеющаяся полупрозрачная повязка для фиксации иглы/катетера в вене периферический внутривенный катетер/игла «бабочка» система для внутривенного капельного вливания стойка для системы внутривенного капельного вливания салфетки инъекционные стерильные салфетки марлевые стерильные маркированные емкости: маркированная емкость для обеззараживания использованных ампул и отработанного материала лекарственные средства (по назначению врача) жидкое мыло диспенсер с одноразовыми полотенцами антисептик для обработки кожи рук и инъекционного поля
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	• Врач получает от пациента (или его законного представителя) согласие на проведение медицинской процедуры. • Врач информирует медицинский персонал о предстоящей медицинской процедуре. • Пациент получает информацию о предстоящей медицинской процедуре от медицинского работника. • В случае применения лекарственных препаратов, проходящих испытания или требующих соблюдения особых режимных моментов, требуется письменное согласие пациента (или его законного представителя) на проведение медицинской процедуры.
4	Алгоритм действий	**Алгоритм введения лекарственных средств внутривенно струйно (венепункция в область локтевой ямки)** **Подготовка к процедуре** 1. Представиться пациенту. 2. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия (при гемотрансфузии) на предстоящую медицинскую

		процедуру. 3. Рассказать пациенту о цели и последовательности выполнения медицинской процедуры. 4. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение (сидя/лежа на спине). Выбор положения зависит от состояния пациента и вводимого препарата. 5. Обработать руки гигиеническим способом. 6. Подготовить шприц с иглой (проверить срок годности и герметичность упаковки). 7. Набрать лекарственный препарат в шприц (предварительно прочитав название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; визуально оценить пригодность препарата). Надеть на шприц иглу с колпачком, поместить шприц с иглой на стерильный лоток (возможно, поместить шприц с иглойи салфетки инъекционные в упаковку из под шприца). 8. Рука пациента должна покоиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию. Под локоть необходимо подложить клеенчатую подушечку. При использовании кресла для в/в манипуляций, роль клеенчатой подушечки выполняет специальная опора для руки. 9. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции. 10. На среднюю треть плеча наложить резиновый или эластический жгут для внутривенных манипуляций (рис. 1). 11. Попросить пациента «поработать» кулаком. 12. Обработать руки антисептиком. 13. Надеть перчатки. **Выполнение процедуры** 1. Обработать инъекционное поле одной салфеткой с кожным антисептиком, последовательно двукратно, делая движения в одном направлении. 2. Подождать до полного испарения кожного антисептика. 3. Взять шприц, держа иглу срезом вверх и фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. 4. На расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции, кожу в области локтевого сгиба натянуть (зафиксировать) свободной рукой по направлению к периферии. 5. Под углом 10—15° (почти параллельно коже), пунктировать вену «одномоментно» или «двумоментно». После чего, осторожно ввести иглу на 1/3 или 1/2 длины иглы. 6. Контролем методической точности выполнения венепункции служит ощущение «попадания иглы в пустоту». 7. Пациент на данном этапе выполнения манипуляции продолжает держать кулак сжатым. 8. Потянуть упор штока-поршня на себя. Если игла находится в вене, в цилиндр поступит кровь. 9. Попросить пациента разжать кулак, одновременно развязать/ослабить жгут. 10. Не меняя положения иглы, медленно ввести лекарственное

		вещество, оставив в шприце небольшое количество лекарственного вещества, достаточное для того, чтобы предотвратить попадание в венозное русло «остаточных» пузырьков воздуха. 11. Приложить (без компрессии!) к месту венепункции салфетку с кожным антисептиком и аккуратным движением извлечь иглу из вены. 12. Помочь пациенту согнуть руку в локтевом сгибе, рекомендуя прижимать салфетку в месте венепункции большим или указательным пальцем свободной руки. Попросить пациента зафиксировать руку в таком положении в течение3—7 мин. (или использовать круговую бинтовую повязку). **Окончание процедуры** 1. Сбросить использованные расходные материалы ампулы в маркированную емкость согласно класса медицинских отходов. 2. Снять перчатки и сбросить их в емкость согласно класса медицинских отходов. 3. Обработать руки гигиеническим способом. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации. **<u>Алгоритм введения лекарственных средств внутривенно капельно (с использованием системы для внутривенных вливаний)</u>** **Подготовка к процедуре** 1. Представиться пациенту. 2. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия (при гемотрансфузии) на предстоящую медицинскую процедуру. 3. Рассказать пациенту о цели и последовательности выполнения медицинской процедуры. 4. Учитывая длительность выполнения процедуры, предложить пациенту опорожнить мочевой пузырь. 5. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине). 6. Обработать руки гигиеническим способом. 7. Заполнить систему/капельницу для внутривенного капельного вливания (проверить срок годности и герметичность упаковки системы и шприцев), поставить систему в штатив-стойку. При заполнении системы, соблюдать рекомендации производителя, указанные на упаковке. Порядок заполнения системы/капельницы указан в стандарте «Пособие при парентеральном введении лекарственных средств» (код технологии А14.31.011). 8. Рука пациента должна покоиться на твердой поверхности, быть вытянута и наклонена немного вниз, так чтобы плечо и предплечье образовывали прямую линию. Под локоть необходимо подложить клеенчатую подушечку. 9. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции.

		10. На среднюю треть плеча наложить резиновый жгут для внутривенных манипуляций (рис. 1) или эластичный жгут. 11. Попросить пациента «поработать» кулаком. 12. Обработать руки антисептиком. 13. Надеть перчатки. **Выполнение процедуры** 1. Обработать инъекционное поле одной салфеткой с кожным антисептиком, последовательно двукратно, делая движения в одном направлении. 2. Подождать до полного испарения кожного антисептика. 3. На расстоянии примерно 5 см ниже места венепункции, кожу в области локтевого сгиба натянуть (зафиксировать) свободной рукой по направлению к периферии. 4. Под углом 10—15° (почти параллельно коже), пунктировать вену «одномоментно» или «двумоментно», иглой с подсоединенной к ней системой. При появлении в канюле иглы крови осторожно ввести иглу на 1/3 или 1/2 длины иглы. Закрепить иглу. 5. Попросить пациента разжать кулак, одновременно развязать/ослабить жгут. 6. Открыть винтовой зажим системы, отрегулировать скорость капель согласно назначениям врача. 7. Возможно прикрыть иглу стерильной салфеткой, сверху закрепив салфетку пластырем. 8. Снять перчатки, поместить в специальную маркированную емкость. 9. Обработать руки гигиеническим способом. 10. Наблюдать за состоянием пациента на протяжении всей процедуры (при оказании медицинской помощи в условиях транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки пациента). **По окончании инфузии** 1. Обработать руки гигиеническим способом. 2. Надеть перчатки. 3. Закрыть винтовой зажим. 4. Приложить (без компрессии!) к месту венепункции салфетку с кожным антисептиком и аккуратным движением извлечь иглу из вены. 5. Помочь пациенту согнуть руку в локтевом сгибе, рекомендуя прижимать салфетку в месте венепункции большим или указательным пальцем свободной руки. Попросить пациента зафиксировать руку в таком положении в течение 6. 3—7 мин. (или использовать круговую бинтовую повязку). **Окончание процедуры** 1. Сбросить использованные расходные материалы, инструменты в маркированную емкость согласно класса медицинских отходов. 2. Снять перчатки и сбросить в емкость согласно класса медицинских отходов. 3. Обработать руки гигиеническим способом.

		4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	• На месте проведения инъекции не должно быть рубцов, болезненных тактильных ощущений, кожного зуда, воспалительных явлений, уплотнений. • Количество шприцев при выполнении манипуляции должно соответствовать количеству вводимых препаратов. • При введении лекарственных препаратов необходимо учитывать их совместимость (химическую, физическую, терапевтическую). • Для обработки инъекционного поля рекомендуется использовать марлевые салфетки или специальные безворсовые. В случае сильного загрязнения инъекционного поля, использовать количество салфеток с кожным антисептиком, необходимое для его очистки и обеззараживания • Контролем методической правильности наложения жгута служит наличие пульса с неизменившимися характеристиками (частота, ритм, наполнение, напряжение, высота), ниже места наложения жгута. Если наполнение пульса на лучевой артерии ухудшилось, следует ослабить натяжение жгута. • Считается допустимым слегка цианотичный цвет руки ниже наложения жгута. • При наложении жгута женщине, перенесшей мастэктомию, не рекомендуется накладывать жгут на руку, расположенную на стороне мастэктомии. • По мнению ряда авторов, после извлечения иглы из вены, руку в локтевом суставе сгибать не обязательно, достаточно попросить пациента большим пальцем прижимать шарик с кожным антисептиком в месте пункции вены 5—7 мин.
6	Оценка достигнутых результатов	•Препарат пациенту введен •Своевременность выполнения процедуры в соответствии с временем назначения. •Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения манипуляции. •Отсутствие осложнений во время и после проведения манипуляции. •Наличие записи о результатах выполнения манипуляции в медицинской документации. •Удовлетворенность пациента (или его законного представителя) качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения манипуляции в медицинской документации.

8	Приложение	Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги  Рис. 1. Последовательность наложения резинового жгута для проведения венепункции

Забор кала для исследования

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование средств индивидуальной защиты
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Банка с крышкой для сбора кала Емкость для дезинфекции Контейнер для транспортировки ёмкостей с калом Направление Перчатки нестерильные Непромокаемый фартук Жидкое мыло Полотенце Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Получение информированного согласия не требуется
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре** 1. Обучить пациента правильно подготовить сосуд для сбора кала: - взять сухую чистую стеклянную банку с крышкой емкостью 200 мл. или приобрести одноразовую лабораторную посуду в аптеке

		2. Обучить пациента технике гигиенической процедуры (подмывания) утром, накануне исследования: - приготовить теплую кипяченую воду с мылом в емкости; - подмыть наружные половые органы и промежность, поливая воду в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область заднего прохода в направлении от уретры к заднему проходу; вытереть кожу насухо в той же последовательности и направлении. 3. Оформить направление на общий анализ кала в клиническую лабораторию по форме. **Выполнение процедуры** 4. До сбора анализа помочитесь в унитаз, далее путем естественной дефекации в подкладное судно, горшок соберите испражнения (следить, чтобы не попала моча). Подкладное судно, горшок предварительно обрабатывается любым дезинфицирующим средством, тщательно промывается проточной водой несколько раз и ополаскивается кипятком. 5. Кал собирать в чистый, одноразовый контейнер с завинчивающейся крышкой и ложечкой в количестве не более 1/3 объема контейнера. 6. На контейнере необходимо указать Вашу фамилию, инициалы, дату рождения, дату и время сбора материала, запись должна быть сделана разборчивым почерком. В направительном бланке обязательно должен быть указан диагноз и дата начала заболевания, сведения о приеме антибиотиков. При взятии материала необходимо соблюдать стерильность. 7. По возможности сбор материала на исследование

		должен осуществляться до назначения антибиотиков (если невозможно, то только через 12 часов после отмены препарата). 8. Условия, соблюдение которых обязательно: не допускается замораживание; не допускается длительное хранение (более 5—6 часов); не пригодны никакие транспортные среды, кроме указанной; не допускается неплотно закрытый контейнер; не подлежит исследованию биоматериал, собранный накануне. **Окончание процедуры** 1. Объяснить пациенту, где он должен оставить емкость с анализом и направление, а также, кому он должен сообщить об этом.
5	Особенности выполнения методики	Для исследования собирают свежевыделенный кал. При взятии материала необходимо соблюдать стерильность. За 3—4 дня до исследования необходимо отменить прием слабительных препаратов, касторового и вазелинового масла, прекратить введение ректальных свечей. Кал, полученный после клизмы, а также после приема бария (при рентгеновском обследовании) для исследования не используется. Материал доставляется в лабораторию в течение 3 часов с момента сбора анализа. Желательно в течение указанного времени материал хранить в холоде (для этого можно использовать хладопакет или обложить контейнер кубиками льда, приготовленными заранее).

6	Оценка достигнутых результатов	Проба кала собрана и доставлена в лабораторию своевременно
7	Оформление медицинской документации	направление

Исследование мочи по методу Зимницкого

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование средств индивидуальной защиты
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	8 чистых, сухих, стеклянных банок емкостью 200—500 мл с этикетками с указанием номера порции 2—3 дополнительные банки Емкость для дезинфекции Контейнер для транспортировки ёмкостей с мочой Направление Перчатки нестерильные Непромокаемый фартук Жидкое мыло Полотенце Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента
4	Алгоритм действий	Алгоритм выполнения сбора мочи для исследования **Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель

		процедуры. 2. Провести инструктаж. 3. Приготовить 8—10 чистых, стеклянных банок с этикетками, оформленными по форме, с указанием № порции и времени сбора мочи: 6—9, 9—12, 12—15, 15—18, 18—21, 21—24, 24—3, 3—6 часов следующего дня. Дополнительные банки оформить после сбора мочи. **Выполнение процедуры** 1. В 6.00 утра пациента разбудить для опорожнения мочевого пузыря в унитаз. 2. 1-я порция мочи собирается с 6 до 9 часов утра. Далее собирать мочу каждые 3 часа в отдельную банку. 3. Банки с мочой хранить в прохладном месте закрытые крышками. 4. При отсутствии мочи за временной промежуток, соответствующая банка остается пустой, на этикетке отметить «отсутствие порции мочи». **Окончание процедуры** 1. В 6 часов утра следующего дня медицинской сестре надеть перчатки, фартук. Проконтролировать направления. Поставить банки в контейнер для транспортировки. 2. Организовать доставку в лабораторию. 3. Перчатки, фартук поместить в ёмкость для дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
5	Особенности	За 3 дня до пробы необходимо отменить диуретики.

	выполнения методики	Во время проведения пробы вести учёт количества выпитой жидкости за сутки. При частых мочеиспусканиях или выделении большого количества мочи ее следует собирать в дополнительную ёмкость и указывать временной промежуток на направлении.
6	Оценка достигнутых результатов	Получение необходимого материала для исследования Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
7	Оформление медицинской документации	направление

Кормление тяжелобольного через рот и назогатральный зонд

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Фонендоскоп Система для непрерывного режима зондового кормления Шприц объемом 20—50 мл. Зажим Изотонический раствор хлорида натрия — 60 мл. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство Салфетка Лейкопластырь Перчатки нестерильные Воронка. Часы. Мыло Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1.Представиться пациенту (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления. 2.Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд). 3.Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30- 35° С. **Выполнение процедуры.** <u>При кормлении пациента через рот:</u> 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. Укрыть 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. <u>Если пациент готов есть самостоятельно:</u> 1. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, надеваемые 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. <u>Если пациент нуждается в активном кормлении:</u> 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 3—5 ложек пищи. Жидкость дается с помощью ложки или поильника. 7. По окончании кормления помочь пациенту прополоскать рот или обработать ротовую полость по протоколу «Уход за полостью рта тяжелобольного». 8. Придать пациенту полусидячее положение на 30 минут после окончания еды. <u>При кормлении пациента через назогастральный зонд:</u> 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 градусов. 4. Проверить правильность положения зонда. 4.1. Присоединить шприц объемом 20 $см^3$ 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. 4.2. Присоединить к дистальному участку зонда шприц, заполненный 20 $см^3$ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультируя область эпигастрия. 5. Осмотреть кожу и слизистые оболочки носовых ходов, исключить признаки инфицирования и трофических нарушений, связанных с постановкой

		назогастрального зонда. 6. Проверить качество фиксации зонда, при необходимости заменить пластырную повязку. *7. При непрерывном режиме зондового кормления* 7.1. Промыть емкость для питательной смеси и соединительную канюлю. 7.2. Заполнить емкость предписанной питательной смесью. 7.3. Присоединить канюлю к дистальному участку назогастрального зонда или приемному штуцеру инфузионного насоса. 7.4. Установить требующуюся скорость введения раствора с помощью дозатора канюли или блока управления насоса. 7.5. Контролировать скорость введения раствора и объем введенной смеси каждый час. 7.6. Каждый час аускультировать перистальтические шумы во всех квадратах живота. 7.7. Каждые 3 часа проверять остаточный объем желудочного содержимого. При превышении объема показателя, указанного в назначении, — прервать кормление. 7.8. По окончании процедуры — промыть зонд 20—30 мл. физиологического раствора или другого раствора в соответствии. *8. При перемежающимся (фракционном) режиме зондового кормления* 8.1. Подготовить предписанный объем питательной смеси; перелить его в чистую посуду. 8.2. Заполнить шприц объемом 20—50 мл или воронку питательным раствором

		8.3. 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 минуты. 8.4. После введения каждой порции, пережимать дистальный участок зонда, препятствуя его опустошению. 8.5. По окончании кормления ввести предписанный назначением объем воды. Если введение жидкости не предусмотрено, промыть зонд 30 мл физио-логического раствора. **Окончание процедуры.** 1. Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 2. Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений. 3. Подвергнуть дезинфекции использованный материал. 4. Снять перчатки, обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату. Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине. Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не

		придается.
6	Оценка достигнутых результатов	Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача. Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Наложение кровоостанавливающего жгута при артериальном кровотечении

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток и средств защиты личной безопасности во время выполнения процедуры.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Жгут резиновый кровоостанавливающий Эсмарха; Жгут механический с регулируемой компрессией и индикатором времени для остановки артериального кровотечения «ЭЛВА»; Атравматичный кровоостанавливающий жгут «АЛЬФА» врача В.Г. Бубнова. Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство Салфетка Резиновые перчатки Перевязочный материал (салфетки, бинты) Лист бумаги и карандаш Емкость для отработанного материала.
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент или его родственники должны быть информированы о манипуляции. Информация о необходимости ее проведения сообщается медицинским работником с указанием ее цели.
4	Алгоритм действий	Алгоритм действий наложения кровоостанавливающего жгута резинового:

		Надеть перчатки и средства личной защиты (одноразовый халат, маску и очки или щиток). Объяснить ход предстоящей манипуляции. Приподнять конечность. Наложить салфетку или расправить одежду пациента выше раны. Выше места повреждения необходимо прижать артерию к костному выступу. Жгут подвести под конечность. Затем захватить его у конца и в средней части, растянуть и уже в растянутом виде обернуть вокруг конечности до прекращения кровотечения из раны. Первый тур жгута должен быть самым тугим, последующие туры более слабыми. Постепенно уменьшая растяжение резины, закрепить весь жгут на конечности. Туры его укладывают достаточно плотно друг к другу, чтобы избежать ущемления тканей между ними. Подложить под жгут записку с указанием времени наложения (дата, час, мин). <u>Алгоритм действий наложения жгута механического с регулируемой компрессией и индикатором времени для остановки артериального кровотечения «ЭЛВА»:</u> Надеть перчатки и средства личной защиты (одноразовый халат, маску и очки или щиток). Объяснить ход предстоящей манипуляции. Приподнять конечность. Наложить салфетку или расправить одежду пациента выше раны. Нажать на «собачку» 1 (см. рис.) и вытянуть конец ленты (2) до необходимой длины. Свободным концом ленты охватить конечность на нужном уровне и

		зафиксировать конец ленты на корпусе жгута. Вращая ручку (3) по часовой стрелке, укоротить ленту до исчезновения пульса на периферических отделах конечности и прекращения артериального кровотечения. Установить время наложения жгута, вращая подвижную часть индикатора времени (4). <u>Алгоритм действий наложения атравматичного кровоостанавливающего жгута «АЛЬФА»</u> Надеть перчатки и средства личной защиты (одноразовый халат, маску и очки или щиток). Объяснить ход предстоящей манипуляции. Приподнять конечность. Завести жгут за поврежденную конечность выше раны и растянуть с максимальным усилием. Прижать первый тур жгута и убедиться в отсутствии пульса на периферической артерии конечности. Наложить следующие туры жгута с меньшим усилием. Обернуть петлю застежку вокруг жгута. Оттянуть петлю и завести под свободный конец жгута. Вложить записку о времени наложения жгута под резинку петли.
5	Особенности выполнения методики	Атравматичный кровоостанавливающий жгут можно накладывать на голое тело, так как вертикальные выступы мгновенно фиксируют каждый новый тур при наложении жгута, что позволяет значительно сократить его длину, облегчить и ускорить наложение, а вертикальные углубления (бороздки) предотвращают повреждение артерий и нервов, а также защемление кожи и нарушение ее

		кровоснабжения. При наложении механического или резинового кровоостанавливающего жгута одежду с пострадавшего не снимать! Не следует прикладывать чрезмерных усилий при наложении жгута, т.к. это может вызвать повреждение подлежащих тканей. Поэтому его натягивают лишь в той степени, которая необходима для остановки кровотечения, но не более. Жгут накладывают выше раны на плечо и бедро. Нельзя накладывать жгут на среднюю треть плеча и нижнюю треть бедра. Туры жгута не должны перекрещиваться и ущемлять кожу. Кровоостанавливающий жгут накладывается не более 1 часа в теплое время и 30 минут зимой. При длительной транспортировке каждые 30 минут жгут ослабляется на 1-2 минуты, после чего накладывается снова выше (проксимальнее) прежнего места. Жгут не должен быть закрыт одеждой или повязкой. В холодное время года конечность следует термоизолировать (утеплить).
6	Оценка достигнутых результатов	При правильном наложении кровоостанавливающего жгута: Прекращается кровотечение. Исчезает пульс на периферических артериях. Конечность дистальнее кровоостанавливающего жгута бледнеет. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения

		в медицинской документации Своевременность выполнения процедуры Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	

American Heart Association.

О Б З О Р

рекомендаций AMERICAN HEART ASSOCIATION

ПО СЛР И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОТ 2020 Г.

American Heart Association благодарит следующих лиц за вклад в создание этой публикации: Eric J. Lavonas, MD, MS; David J. Magid, MD, MPH; Khalid Aziz, MBBS, BA, MA, MEd(IT); Katherine M. Berg, MD; Adam Cheng, MD; Amber V. Hoover, RN, MSN; Melissa Mahgoub, PhD; Ashish R. Panchal, MD, PhD; Amber J. Rodriguez, PhD; Alexis A. Topjian, MD, MSCE; Comilla Sasson, MD, PhD; проектная команда AHA по созданию обзоров рекомендаций. Рецензенты русской версии: Айнур Айыпханова, магистр по управлению здравоохранением; Махаббат Бекбосынова, MD; Наиль Хисамутдинов, MD; Айгерим Измаилова, MD.

© 2020 American Heart Association JN-1089

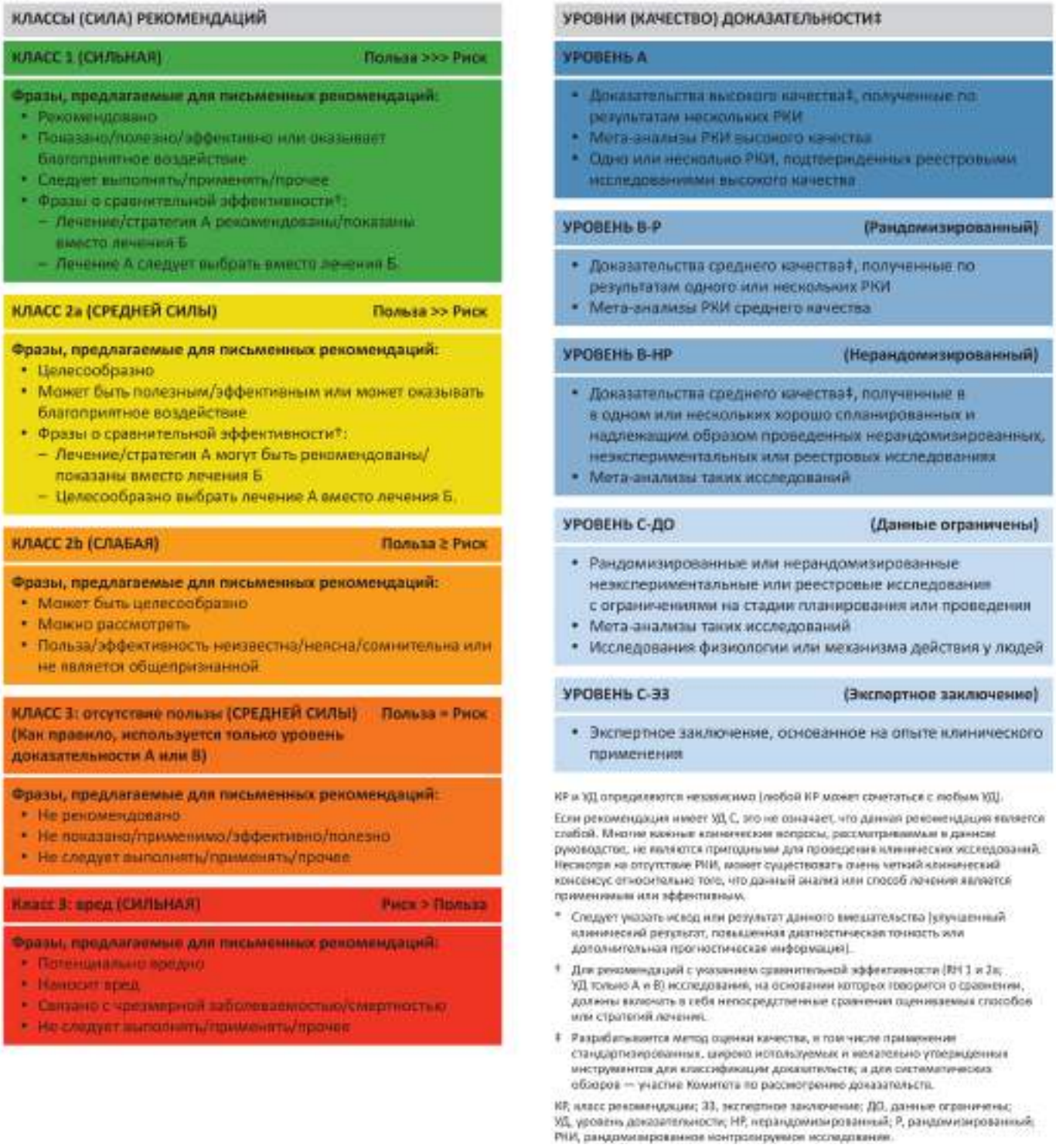
Введение

Данный обзор освещает ключевые вопросы и изменения в *Рекомендациях по сердечно-легочной реанимации* (СЛР) *и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях* (ECC) *American Heart Association* (AHA) от 2020 года. Рекомендации от 2020 года являются полным пересмотром рекомендаций AHA по вопросам сердечно-легочной реанимации у взрослых, детей, новорожденных, а также систем по уходу и образования в области реаниматологии. Они предназначены для реанимационных отделений и инструкторов AHA и освещают наиболее значимые или спорные принципы и рекомендации относительно реанимации, а также те принципы и рекомендации, которые ведут к изменениям в обучении и практике по реанимации. Кроме того, здесь приведены обоснования этих рекомендаций.

Так как настоящий документ представляет собой краткий обзор, он не содержит ссылок на опубликованные исследования и в нем не указаны классы рекомендаций (КР) или уровни доказательности (УД). Подробные сведения и ссылки можно найти в *Рекомендациях AHA по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2020 г.*, включая Пояснительную записку[1], опубликованных в журнале *Circulation* в октябре 2020 г., а также в подробной сводке по реаниматологии *Международной консенсусной конференции по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях 2020 г. с рекомендациями по лечению*, созданной International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) и опубликованной одновременно в журналах *Circulation*[2] и *Resuscitation*[3] в октябре 2020 г. Опубликованы подробные способы, используемые ILCOR для оценки доказательств[4], а также AHA для преобразования этих оценок доказательств в инструкции по реанимации[5].

В рекомендациях от 2020 г. используется последняя версия определений AHA для КР и УД (рис. 1). Всего дается 491 специфическая рекомендация относительно сердечно-легочной реанимации у взрослых, детей и новорожденных, а также систем по уходу и образования в области реаниматологии. 161 рекомендация относится к классу 1; 293 — к классу 2 (рис. 2). Кроме того, 37 рекомендаций относятся к классу 3, включая 19 рекомендаций относительно доказательств отсутствия пользы и 18 рекомендаций относительно доказательств вреда.

Рис. 1. Применение классов рекомендаций и уровней доказательности для клинических стратегий, процедур, терапий или диагностических исследований при лечении пациентов (обновлено в мае 2019 г.)*



КР и УД определяются независимо (любой КР может сочетаться с любым УД).

Если рекомендация имеет УД С, это не означает, что данная рекомендация является слабой. Многие важные клинические вопросы, рассматриваемые в данном руководстве, не являются пригодными для проведения клинических исследований. Несмотря на отсутствие РКИ, может существовать очень четкий клинический консенсус относительно того, что данный анализ или способ лечения является применимым или эффективным.

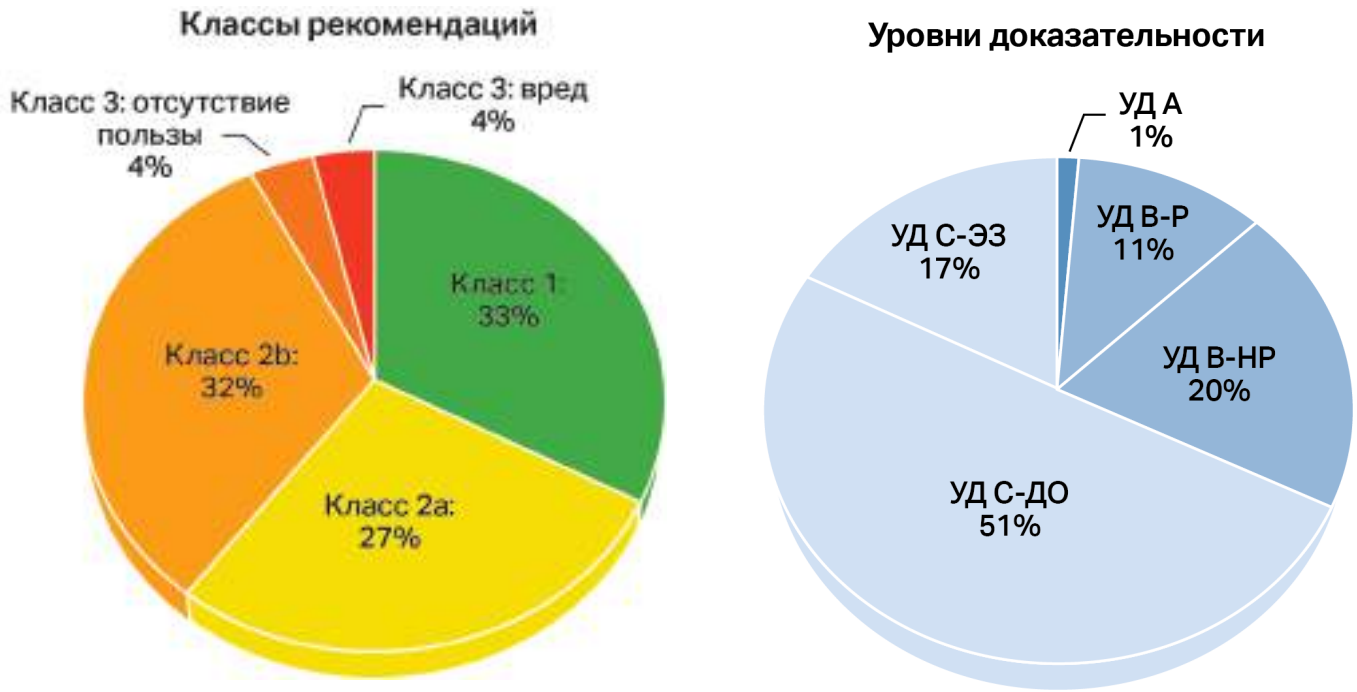
* Следует указать исход или результат данного вмешательства (улучшенный клинический результат, повышенная диагностическая точность или дополнительная прогностическая информация).

† Для рекомендаций с указанием сравнительной эффективности (КР 1 и 2a; УД только А и В) исследования, на основании которых говорится о сравнении, должны включать в себя непосредственные сравнения оцениваемых способов или стратегий лечения.

‡ Разрабатывается метод оценки качества, в том числе применение стандартизированных, широко используемых и независимо утвержденных инструментов для классификации доказательств; а для систематических обзоров — участие Комитета по рассмотрению доказательств.

КР, класс рекомендации; ЭЗ, экспертное заключение; ДО, данные ограничены; УД, уровень доказательности; НР, нерандомизированный; Р, рандомизированный; РКИ, рандомизированное контролируемое исследование.

Рис. 2. Распределение КР и УД в виде процентов от 491 рекомендации в документе *Рекомендации AHA по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2020 г.**



*Результаты представлены в процентах от 491 рекомендации относительно базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации у взрослых, базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации у детей, сердечно-легочной реанимации у новорожденных, образования в области реаниматологии, лечебных систем.

Аббревиатуры: КР: классы рекомендации; МЭ: мнение экспертов; ДО: данные ограничены; УД: уровень доказательности; НР: нерандомизированное; Р: рандомизированное.

О рекомендациях

Тот факт, что только 6 из этой 491 рекомендации (1,2%) основаны на доказательстве уровня А (по крайней мере 1 достоверное рандомизированное клиническое исследование [РКИ], подтвержденное вторым достоверным исследованием или реестровым исследованием), свидетельствует о наличии дальнейших трудностей в проведении достоверных научных исследований в области реаниматологии. Для финансирования и прочей поддержки исследований в области реаниматологии требуются слаженные усилия национального и международного сообществ.

На процесс оценки данных ILCOR и процесс создания рекомендаций AHA распространяются строгие политики AHA в отношении разглашения информации, которые призваны обеспечить полную прозрачность взаимоотношений с отраслью и устранить конфликты интересов, а также защитить эти процессы от ненадлежащего влияния. Персонал AHA проанализировал заявления о конфликте интересов от всех участников. Все председатели и не менее 50% членов группы по составлению рекомендаций не должны иметь каких-либо конфликтов интересов, а все взаимоотношения должны разглашаться в соответствующих публикациях согласительного отчета по науке с рекомендациями по лечению.

Базовая и расширенная сердечно-легочная реанимация у взрослых

Краткий обзор ключевых вопросов и основных изменений

В 2015 году около 350 000 взрослых в США перенесли нетравматическую остановку сердца во внебольничных условиях (ОСВБУ) в случаях, на которые выезжал персонал скорой медицинской помощи (СМП). Несмотря на недавнее увеличение показателей, менее чем у 40% взрослых СЛР была проведена неспециалистами, а автоматический наружный дефибриллятор (АНД) до прибытия СМП применялся менее чем в 12% случаев. После значительных улучшений показатели выживаемости при ОСВБУ не менялись с 2012 года.

Кроме того, приблизительно 1,2% поступивших в больницы США взрослых перенесли остановку сердца в больничных условиях (ОСБУ). Результаты лечения ОСБУ значительно превышают это значение для ОСВБУ и продолжают улучшаться.

В рекомендациях от 2020 г. объединены рекомендации по базовой сердечно-легочной реанимации (БСЛР) и расширенной сердечно-легочной реанимации (РСЛР) взрослых. Внесены следующие основные изменения.

- Улучшенные алгоритмы и графические материалы представляют собой легко запоминающиеся инструкции по проведению БСЛР и РСЛР.
- Подчеркнута важность раннего начала СЛР непрофессиональными реаниматорами.
- Подтверждены предыдущие рекомендации относительно введения адреналина; с акцентом на раннее введение адреналина.
- Для обеспечения высокого качества СЛР предложено использовать аудиовизуальные устройства обратной связи, работающие в режиме реального времени.
- Непрерывное измерение артериального давления и концентрации углекислого газа в конце спокойного выдоха ($ETCO_2$) в ходе РСЛР может повысить качество СЛР.
- Согласно последним полученным данным двойную последовательную дефибрилляцию не рекомендуется применять в рутинной медицинской практике.
- Предпочтительным способом введения медицинских препаратов во время РСЛР является внутривенный (ВВ) доступ. Если венозный доступ недоступен, можно использовать внутрикостный (ВК) доступ.
- Уход за пациентом после восстановления спонтанного кровообращения (ВСК) требует пристального внимания к оксигенации, регулированию артериального давления, оценке необходимости в чрескожном коронарном вмешательстве, поддержанию заданной температуры, комбинированному прогнозированию влияния на нервную систему.
- Так как восстановление после остановки сердца продолжается долгое время после первичной госпитализации, пациенты должны пройти формальную оценку и получить поддержку в отношении их физических, когнитивных и социально-психологических потребностей.
- По завершении реанимации непрофессиональными реаниматорами может быть полезна поддержка психического здоровья и эмоционального состояния пациентов силами бригады скорой медицинской помощи или медицинских работников больницы.
- Лечение при остановке сердца у беременных направлено на реанимацию матери с подготовкой к раннему родоразрешению путем экстренного кесарева сечения, необходимому для сохранения младенца и увеличения шансов успешной реанимации матери.

Алгоритмы и графические материалы

Группа авторов проверила все алгоритмы и внесла изменения в графические обучающие материалы, чтобы повысить их эффективность в пунктах оказания медицинской помощи и отразить последние научные данные. В алгоритмы и материалы были внесены следующие основные изменения.

- В цепочки мероприятий по предотвращению смерти при ОСБУ и ОСВБУ было добавлено шестое звено, «Восстановление» (рис. 3).
- Универсальный алгоритм реанимации взрослых при остановке сердца был изменен, чтобы подчеркнуть роль раннего введения адреналина пациентам с нешоковым (недефибриллируемым) ритмом (рис. 4).
- Для непрофессиональных и обученных реаниматоров были добавлены два новых алгоритма оказания неотложной помощи в ситуациях, связанных с применением опиоидов (рис. 5 и 6).
- Алгоритм терапии постреанимационного периода был обновлен, чтобы подчеркнуть необходимость предотвращения гипероксии, гипоксемии и гипотензии (рис. 7).
- Добавлена новая схема для прогнозирования влияния на нервную систему (рис. 8).
- Добавлен новый алгоритм реанимации при остановке сердца у беременных (рис. 9).

Несмотря на увеличение показателей, менее 40% взрослых подверглись СЛР, проведенной неспециалистами, а автоматический наружный дефибриллятор до прибытия бригады скорой медицинской помощи применялся менее чем в 12% случаев.

Рис. 3. Рекомендованный АНА комплекс мероприятий ("цепочка выживания") по предотвращению смерти при ОСБУ и ОСВБУ у взрослых.

Рис. 4. Алгоритм реанимации взрослых при остановке сердца.

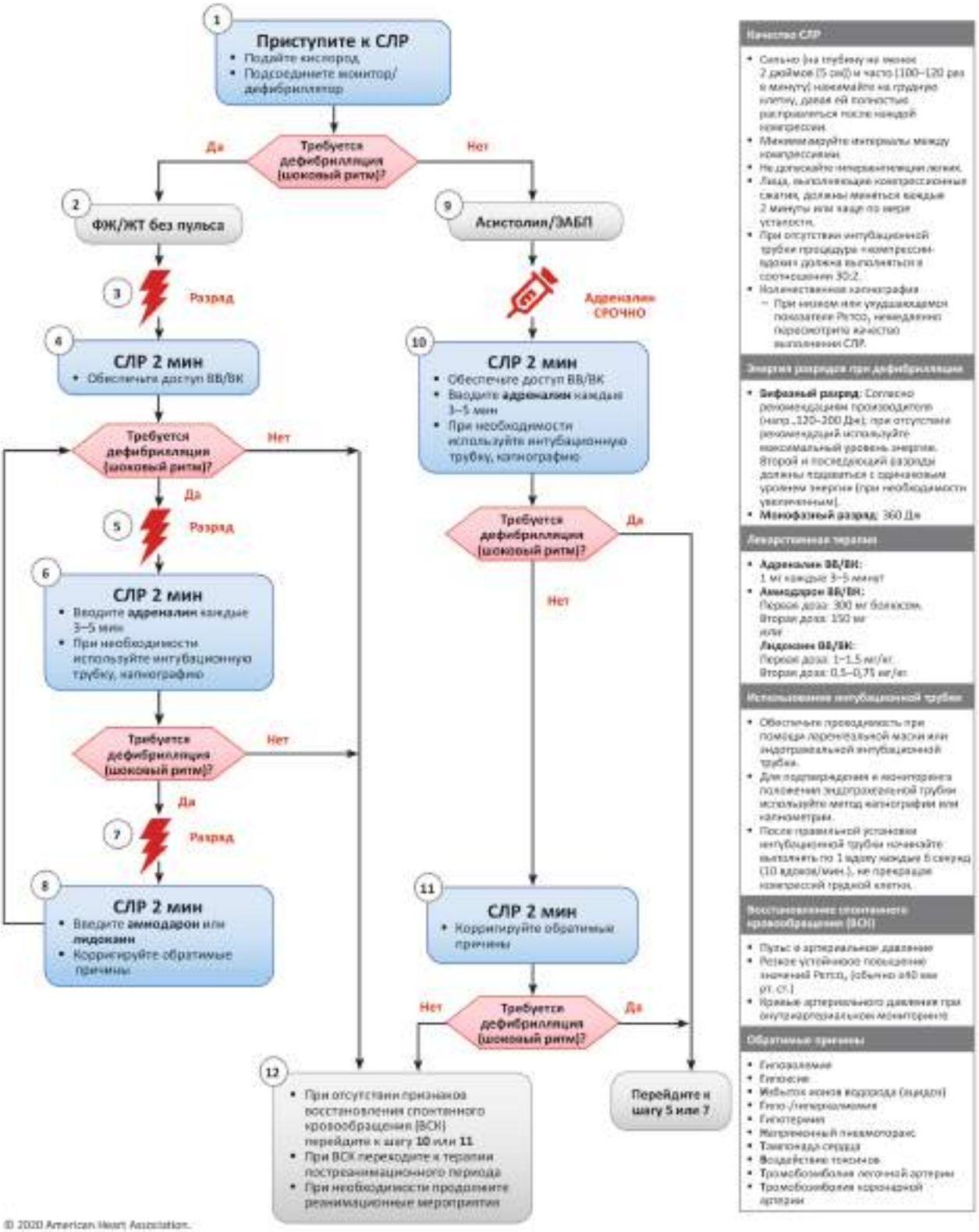
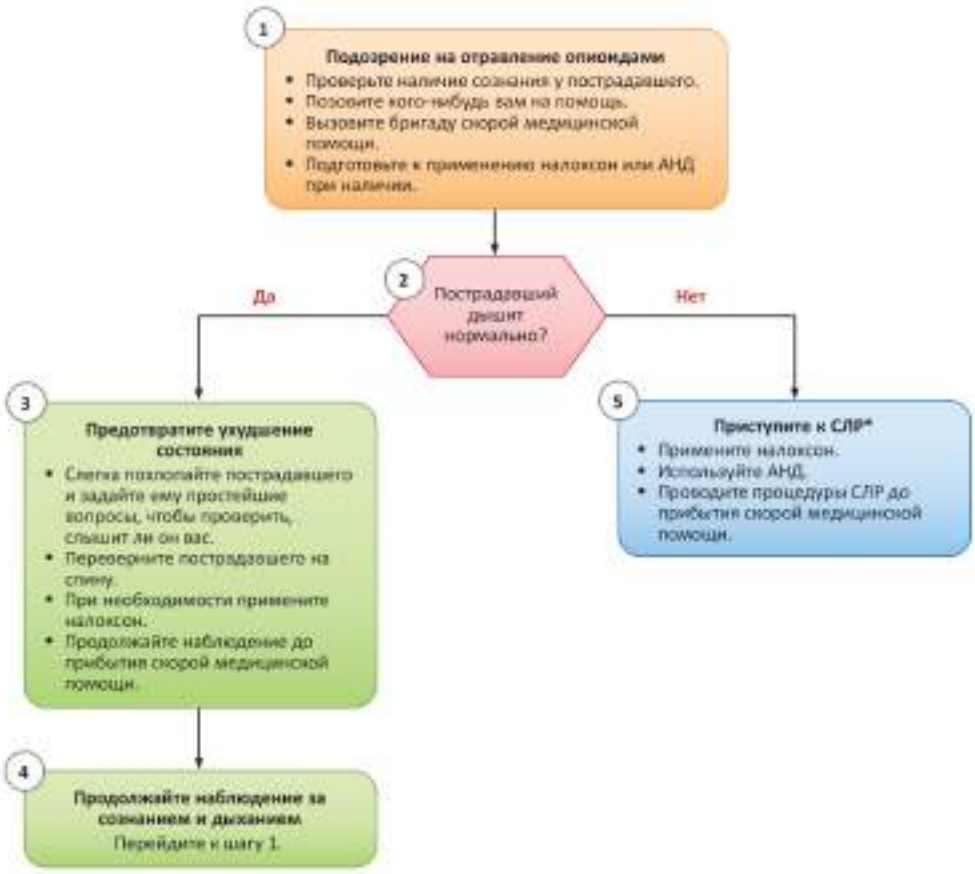


Рис. 5. Алгоритм действий непрофессиональных реаниматоров в экстренных ситуациях, связанных с передозировкой опиоидами.



*Если пострадавшим является взрослый или подросток, то лицам, оказывающим непрофессиональную неотложную помощь, следует выполнять массаж сердца и проводить искусственное дыхание в том случае, если они прошли соответствующую подготовку. Если же они не обучались проведению искусственного дыхания, то им следует выполнять только СЛР без вентиляции легких. Для младенцев и детей процедуры СЛР должны включать и массаж сердца, и искусственное дыхание.

© 2020 American Heart Association.

Рис. 6. Алгоритм действий медицинских работников в экстренных ситуациях, связанных с передозировкой опиоидами.

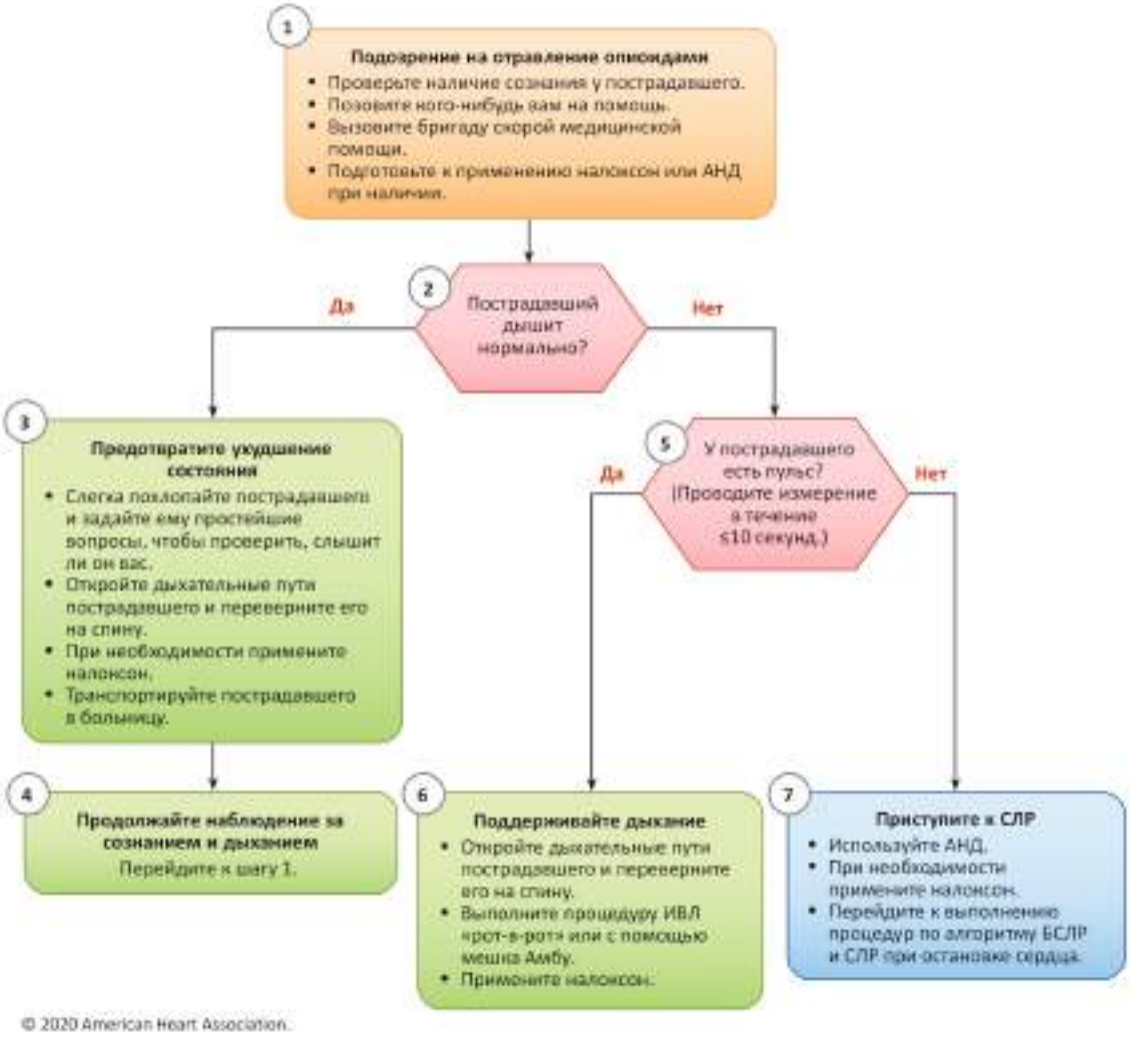
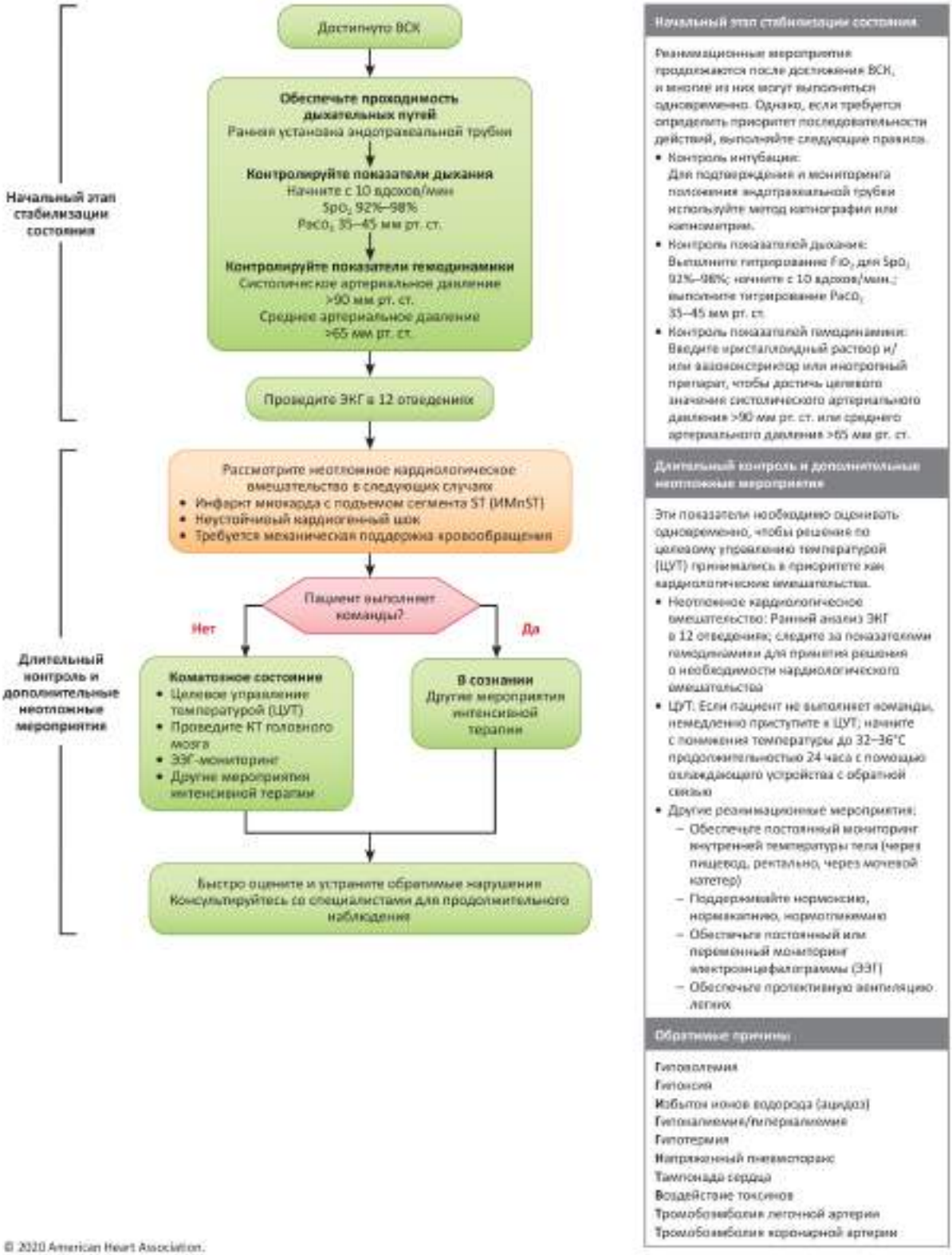


Рис. 7. Алгоритм терапии постреанимационного периода у взрослых пациентов.



© 2020 American Heart Association.

Рис. 8. Рекомендованный подход к комбинированному прогнозированию влияния на нервную систему взрослых пациентов после остановки сердца.

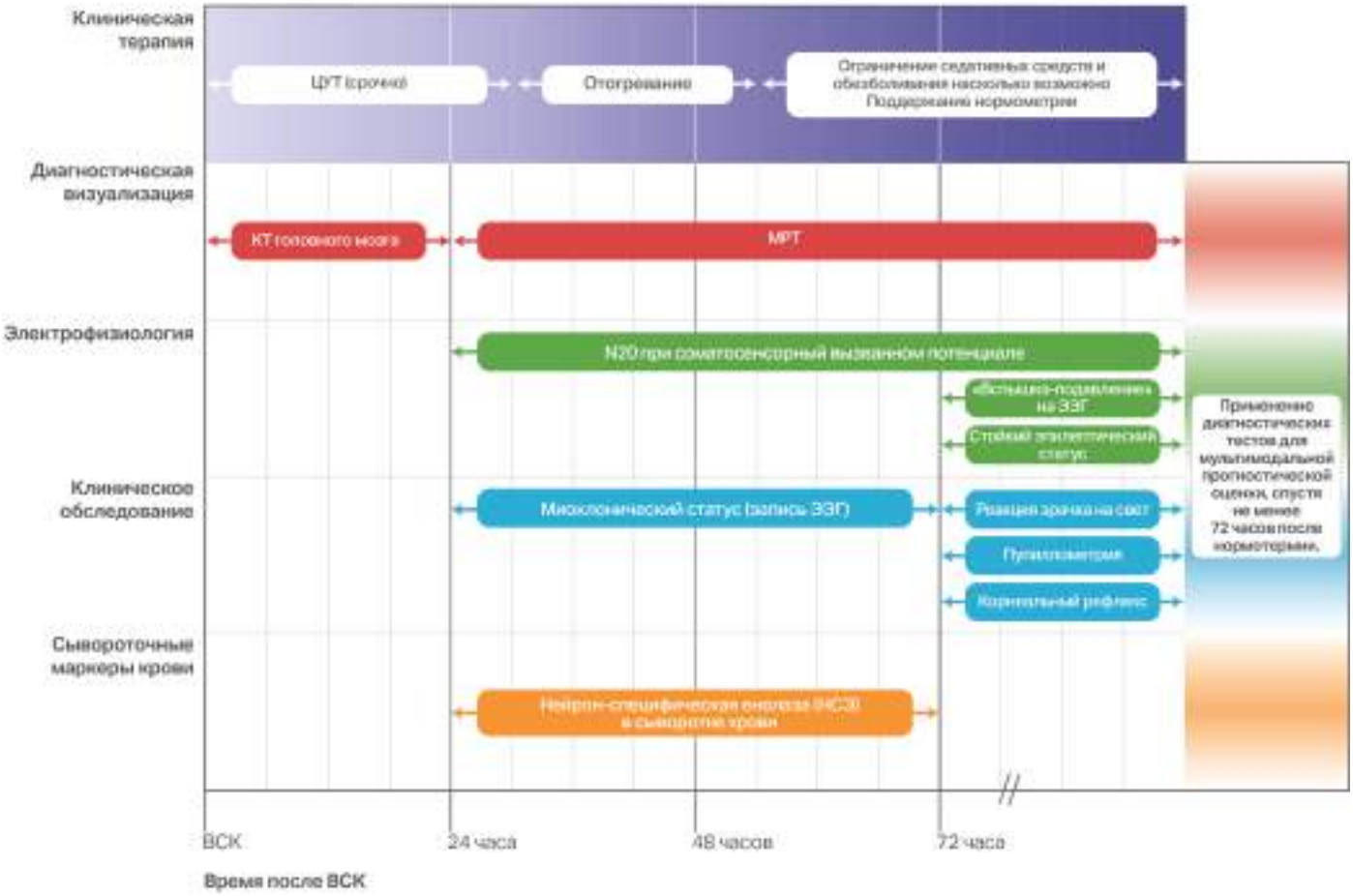


Рис. 9. Алгоритм РСЛР при остановке сердца у беременных в условиях стационара.

Остановка сердца у беременных

- Для принятия решения необходим консилиум специалистов неотложной помощи, интенсивной терапии, реанимации при остановке сердца, а также неонатологов, анестезиологов и службы родовспоможения.
- При остановке сердца у беременной женщины необходимо в первую очередь обеспечить выполнение качественной СЛР и ослабление аортокавальной компрессии при помощи латерального смещения матки.
- Целью экстренного кесарева сечения при остановке сердца у беременной женщины является повышение возможности позитивного исхода как для матери, так и для плода.
- Если возможно, то при наличии квалифицированных специалистов и необходимого оборудования важно произвести родоразрешение путем кесарева сечения в первые 5 минут.

Использование интубационной трубки

- Во время беременности возможно нарушение проходимости дыхательных путей. Для оказания помощи следует задействовать наиболее опытного специалиста.
- Проводите интубацию при помощи надгортанной или эндотрахеальной интубационной трубки.
- Для подтверждения и мониторинга положения эндотрахеальной трубки используйте метод капнографии или капнометрии.
- После правильной установки интубационной трубки начинайте выполнять по 1 вдоху каждые 6 секунд (10 вдохов/мин.), не прекращая компрессий грудной клетки.

Возможные причины остановки сердца у беременных

A Осложнения после применения анестезии
B Кровотечение
C Сердечно-сосудистые заболевания
D Реакция на лекарственную терапию
E Эмболия
F Повышенная температура тела
G Общие, не связанные с беременностью причины остановки сердца (обратимые причины)
H Гипертензия

Новые и обновленные основные рекомендации

Раннее начало СЛР непрофессиональными реаниматорами

2020 г. (обновленная информация). Мы рекомендуем неспециалистам начинать СЛР при предположительных случаях остановки сердца, так как вероятность вреда для пациента при отсутствии остановки сердца низка.

2010 г. (устаревшая информация). Если взрослый внезапно потерял сознание или у пострадавшего в бессознательном состоянии нарушено дыхание, непрофессиональный реаниматор не должен проверять пульс. В такой ситуации следует считать, что у пострадавшего остановилось сердце. Медицинский работник не должен тратить более 10 секунд на проверку пульса. Если за это время реаниматор не обнаружит пульса, следует приступить к компрессионным сжатиям грудной клетки.

Основания. По новым данным риск вреда для пострадавшего, к которому применяются компрессии грудной клетки при отсутствии остановки сердца, минимален. Непрофессиональные реаниматоры неспособны точно определить наличие пульса у пострадавшего, а риск от непроведения СЛР для пострадавшего без пульса превышает возможный вред от ненужных компрессий грудной клетки.

Раннее введение Адреналина

2020 г. (без изменений / подтверждено). Принимая во внимание своевременность таких действий, при остановке сердца у пациентов с нешоковым ритмом целесообразно вводить адреналин в кратчайшие возможные сроки.

2020 г. (без изменений / подтверждено). Принимая во внимание своевременность таких действий, при остановке сердца у пациентов с шоковым ритмом, возможно, будет целесообразно вводить адреналин после начальных неудачных попыток дефибрилляции сердца.

Основания. Предложение о раннем введении адреналина было преобразовано в рекомендацию по результатам систематического обзора и мета-анализа, включающего результаты 2 рандомизированных исследований адреналина с участием более 8500 пациентов с ОСВБУ. Эти результаты указывают на повышение ВСК и выживаемости при введении адреналина. Через 3 месяца, когда происходит восстановление функций нервной системы, было отмечено незначительное увеличение выживших с благоприятным и неблагоприятным неврологическими исходами в группе с использованием адреналина.

Систематический обзор 16 наблюдательных исследований времени введения позволил обнаружить связь между ранним введением адреналина и ВСК у пациентов с нешоковыми ритмами, хотя повышение выживаемости не носило системного характера. Для пациентов с шоковым ритмом в литературе рекомендуется сначала провести дефибрилляцию и СЛР. Если эти начальные попытки не принесут результата, рекомендуется ввести адреналин.

Любые препараты, повышающие показатели ВСК и выживаемости, но введенные через несколько минут после остановки сердца, в равной мере повышают вероятность как благоприятного, так и неблагоприятного неврологического исхода. Поэтому наиболее предпочтительным подходом можно считать продолжение использования препарата, повышающего выживаемость. При этом следует приложить все усилия, чтобы сократить время до введения препарата всем пациентам. Это позволит обеспечить благоприятный неврологический исход для большего числа выживших пациентов.

Аудиовизуальные устройства обратной связи, работающие в режиме реального времени

2020 г. (без изменений / подтверждено). Во время проведения СЛР может быть целесообразно использовать аудиовизуальные устройства обратной связи, чтобы оптимизировать выполнение СЛР в режиме реального времени.

Основания. Недавнее РКИ показало увеличение выживаемости до выписки из больницы при ОСБУ на 25% при использовании аудиоустройств обратной связи для контроля глубины компрессионных сжатий и расправления грудной клетки.

Мониторинг физиологических параметров для улучшения качества СЛР

2020 г. (обновленная информация). Для повышения качества СЛР может быть целесообразно по возможности контролировать такие физиологические параметры, как артериальное давление или $ETCO_2$.

2015 г. (устаревшая информация). Хотя в клинических исследованиях не изучалось улучшение исхода при изменении усилий по реанимации с учетом физиологических параметров в ходе СЛР, может быть целесообразно использовать физиологические параметры (количественная капнография, артериальное давление при расслаблении (диастолическое), контроль артериального давления, насыщение кислородом крови в центральной вене) для контроля и оптимизации качества СЛР, координации вазопрессорной терапии и определения ВСК.

Основания. Хотя мониторинг физиологических параметров, например артериального давления и $ETCO_2$, для контроля качества СЛР является общепринятой практикой, новые данные поддерживают его включение в рекомендации. Данные реестра реанимации Get With The Guidelines® AHA свидетельствуют о повышении вероятности ВСК при контроле качества СЛР с использованием $ETCO_2$ или диастолического артериального давления.

Такой мониторинг зависит от наличия эндотрахеальной трубки (ЭТТ) или внутриартериального катетера, соответственно. Целевое значение $ETCO_2$ не менее 10 мм рт. ст., а лучше — 20 мм рт. ст. или выше при компрессии грудной клетки может стать полезным показателем качества СЛР. Идеальное целевое значение еще не было определено.

Использование двойной последовательной дефибрилляции не получило поддержки

2020 г. (новая информация). Применимость двойной последовательной дефибрилляции при устойчивом шоковом ритме не была обоснована.

Основания. Двойная последовательная дефибрилляция — это почти одновременное применение двух разрядов с использованием 2 дефибрилляторов. Хотя в некоторых отчетах упоминаются благоприятные исходы, систематический обзор ILCOR от 2020 года не обнаружил доказательств в поддержку двойной последовательной дефибрилляции и не рекомендовал его применение в рутинной медицинской практике. Существующие исследования подвержены разнообразным системным ошибкам, а наблюдательные исследования не показали улучшений исхода.

В недавнем предварительном РКИ было проверено предположение о том, что изменение направления тока для дефибрилляции за счет изменения положения электродов может иметь такую же эффективность, что и двойная последовательная дефибрилляция, позволяя при этом избегать вреда от повышения энергии и повреждения дефибрилляторов. На основании имеющихся данных нельзя говорить о применимости двойной последовательной дефибрилляции.

Преимущества венозного доступа над внутрикостным доступом

2020 г. (новая информация). Для введения препаратов при остановке сердца специалистам целесообразно сначала попытаться установить венозный доступ.

2020 г. (обновленная информация). Если попытки установить венозный доступ невозможны или не принесли результата, можно рассмотреть установку внутрикостного доступа.

2010 г. (устаревшая информация). Если венозный доступ невозможен, специалистам целесообразно установить внутрикостный доступ.

Основания. В систематическом обзоре ILCOR от 2020 года было проведено сравнение венозного и внутрикостного (преимущественно в передней части голени) введения препаратов при остановке сердца. Оказалось, что венозный доступ связан с лучшими клиническими исходами в 5 ретроспективных исследованиях; анализ результатов подгрупп в РКИ, связанных с другими клиническими вопросами, показал сравнимые исходы при использовании венозного или внутрикостного доступа для введения препаратов. Венозный доступ является предпочтительным, однако в ситуациях, где венозный доступ затруднен, использование внутрикостного доступа является разумным вариантом.

Терапия постреанимационного периода и прогностическая оценка неврологического статуса

В рекомендациях от 2020 г. приведены новые достоверные клинические данные об оптимальной терапии в течение нескольких дней после остановки сердца. На основании новых подтверждающих данных были подтверждены рекомендации, содержащиеся в *обновленных рекомендациях AHA по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях от 2015 г.* в отношении лечения гипотензии, изменения дозы кислорода для предотвращения гипоксии и гипероксии, обнаружения и лечения судорог, а также поддержания заданной температуры.

В некоторых случаях УД был повышен с учетом новых данных РКИ и достоверных наблюдательных исследований. Алгоритм терапии постреанимационного периода был обновлен, чтобы подчеркнуть эти важные компоненты терапии. Чтобы прогностическая оценка неврологического статуса была надежной, ее следует проводить не ранее чем через 72 часа с момента возвращения в состояние нормотермии, а прогностические решения должны быть основаны на множественных оценках пациента.

В рекомендациях 2020 года оцениваются 19 разных методик и конкретных результатов с обоснованием каждого из них. Этот комбинированный подход к прогностической оценке неврологического статуса продемонстрирован на новой схеме.

Лечение и поддержка во время восстановления

2020 г. (новая информация). Мы рекомендуем выполнить комбинированную оценку реабилитации выживших после остановки сердца и провести лечение физических, неврологических, сердечно-легочных и когнитивных нарушений перед выпиской из больницы.

2020 г. (новая информация). Мы рекомендуем предоставить выжившим после остановки сердца и осуществляющим уход лицам комплексный план выписки, созданный с привлечением специалистов разного профиля. В план следует включить рекомендации относительно медицинского и реабилитационного лечения, а также прогноз восстановления активности и возобновления работы.

2020 г. (новая информация). Мы рекомендуем провести структурированную оценку тревожности, депрессии, посттравматического стресса, утомляемости у выживших после остановки сердца и осуществляющих уход лиц.

Основания. Восстановление после остановки сердца продолжается долгое время после первичной госпитализации. Во время этого периода пациентам требуется поддержка, чтобы обеспечить их оптимальное физическое, когнитивное и эмоциональное состояние и восстановить их ролевое социальное функционирование. Этот процесс должен начинаться во время первичной госпитализации и продолжаться требуемое время. Эти вопросы подробно рассмотрены в научном докладе AHA 2020 года.[6]

Разбор действий для реаниматоров

2020 г. (новая информация). После случаев остановки сердца для непрофессиональных реаниматоров, бригады скорой медицинской помощи или медицинских работников больницы может быть полезно провести разбор действий и обеспечить их дальнейшее наблюдение для получения эмоциональной поддержки.

Основания. После проведения или непроведения БСЛР у реаниматоров может возникать тревожность или посттравматический стресс. У работников больницы могут также проявляться эмоциональные или психологические эффекты от ухода за пациентами с остановкой сердца. Разбор действий в команде позволяет проверить качество выполнения процедур (образование, повышение качества), а также определить естественные источники стресса, связанные с уходом за пациентом, находящимся в предсмертном состоянии. Научный доклад AHA на эту тему должен выйти в начале 2021 года.

Остановка сердца у беременных

2020 г. (новая информация). Так как беременные более подвержены гипоксии, во время реанимации беременных при остановке сердца следует в первую очередь провести оксигенацию и восстановить проходимость дыхательных путей.

2020 г. (новая информация). Из-за возможных помех для реанимации матери при остановке сердца следует отказаться от наблюдения за состоянием плода.

2020 г. (новая информация). Мы рекомендуем поддерживать заданную температуру беременных, находящихся в состоянии комы после реанимации при остановке сердца.

2020 г. (новая информация). Во время поддержания заданной температуры беременной следует непрерывно контролировать появление брадикардии у плода, а также обратиться за консультацией к акушерам и неонатологам.

Основания. Рекомендации по реанимации при остановке сердца у беременных были пересмотрены в обновленных рекомендациях от 2015 г. и научном докладе AHA от 2015 г.[7] Из-за ускорения метаболизма у беременных и снижения функциональной остаточной емкости легких из-за беременной матки при СЛР особенно важно восстановить проходимость дыхательных путей и выполнить вентиляцию и оксигенацию, чтобы снизить риск поражения головного мозга плода.

Оценка сердечного ритма плода во время остановки сердца матери не дает преимуществ и может отвлекать реаниматоров от выполнения реанимационных процедур. При отсутствии противоположных данных следует поддерживать заданную температуру беременных, перенесших остановку сердца, как и всех остальных пациентов в таком состоянии, учитывая состояние плода в утробе.

Базовая и расширенная сердечно-легочная реанимация у детей

Краткий обзор ключевых вопросов и основных изменений

В США ежегодно регистрируется более 20 000 случаев остановки сердца у младенцев и детей. При повышении выживаемости и сравнительно высокой вероятности благоприятного неврологического исхода после ОСБУ у детей показатели выживаемости после ОСВБУ у детей, и особенно младенцев, остаются на низком уровне. В рекомендациях от 2020 г. объединены рекомендации по базовой сердечно-легочной реанимации (БСЛР) у детей и СЛР у младенцев, детей и подростков и рекомендации по педиатрической расширенной сердечно-легочной реанимации (ПРСЛР) у детей. Причины остановки сердца у младенцев и детей отличаются от причин остановки сердца у взрослых. Эти рекомендации подкреплены растущим числом данных, полученных в исследованиях с участием детей. Рекомендации от 2020 г. содержат следующие ключевые вопросы, основные изменения и улучшения.

- Алгоритмы и графические материалы были пересмотрены для включения наиболее достоверных научных данных и более подробного описания для реаниматоров, проводящих БСЛР и РЛСР у детей.
- На основе новых практических данных рекомендованная частота искусственного дыхания была увеличена до 1 вдоха каждые 2–3 секунды (20–30 вдохов в минуту) во всех случаях детской реанимации.
- Чтобы снизить утечки воздуха и необходимость в замене трубок для требующих интубации пациентов любого возраста, рекомендуется использовать эндотрахеальную трубку (ЭТТ) с надувной манжетой.
- В рутинной медицинской практике больше не рекомендуется нажимать на перстневидный хрящ во время интубации.
- Чтобы максимально повысить шанс благоприятного исхода реанимации, следует как можно раньше ввести адреналин, в идеальном случае в течение 5 минут с начала остановки сердца из-за нешокового ритма (асистолия и электрическая активность без пульса).
- Использование обратной связи при непрерывном измерении артериального давления у пациентов с внутриартериальным катетером может повысить качество СЛР.
- После ВСК у пациента необходимо оценить появление судорог; следует провести лечение эпилептических припадков и судорог.
- Так как восстановление после остановки сердца продолжается долгое время после первичной госпитализации, пациенты должны пройти формальную оценку и получить поддержку в отношении их физических, когнитивных и социально-психологических потребностей.
- При реанимации пациента с септическим шоком следует использовать инфузионную терапию с подбором дозы и инфузиями адреналина или норадреналина, если требуются вазопрессорные препараты.
- На основе результатов исследований с участием взрослых пациентов при реанимации младенцев и детей с геморрагическим шоком целесообразным является сбалансированное введение препаратов крови.
- При передозировке опиоидами проводится СЛР и выполняется своевременное введение налоксона непрофессиональными или обученными реаниматорами.
- Дети с острым миокардитом и аритмией, блокадой сердца, изменениями сегмента ST или низким сердечным выбросом подвергаются повышенному риску остановки сердца. Важно как можно быстрее перевести пациента в отделение интенсивной терапии; некоторым пациентам может потребоваться механическая поддержка кровообращения или экстракорпоральное жизнеобеспечение.
- Младенцам и детям с врожденными заболеваниями сердца и единственным желудочком, которые проходят поэтапное восстановление, требуются особые условия проведения ПРСЛР.
- При наличии легочной гипертензии может использоваться ингаляция оксида азота, введение простациклина, обезболивание, седация, нервно-мышечная блокада, вызов алкалоза или резервная терапия с экстракорпоральным жизнеобеспечением.

Алгоритмы и графические материалы

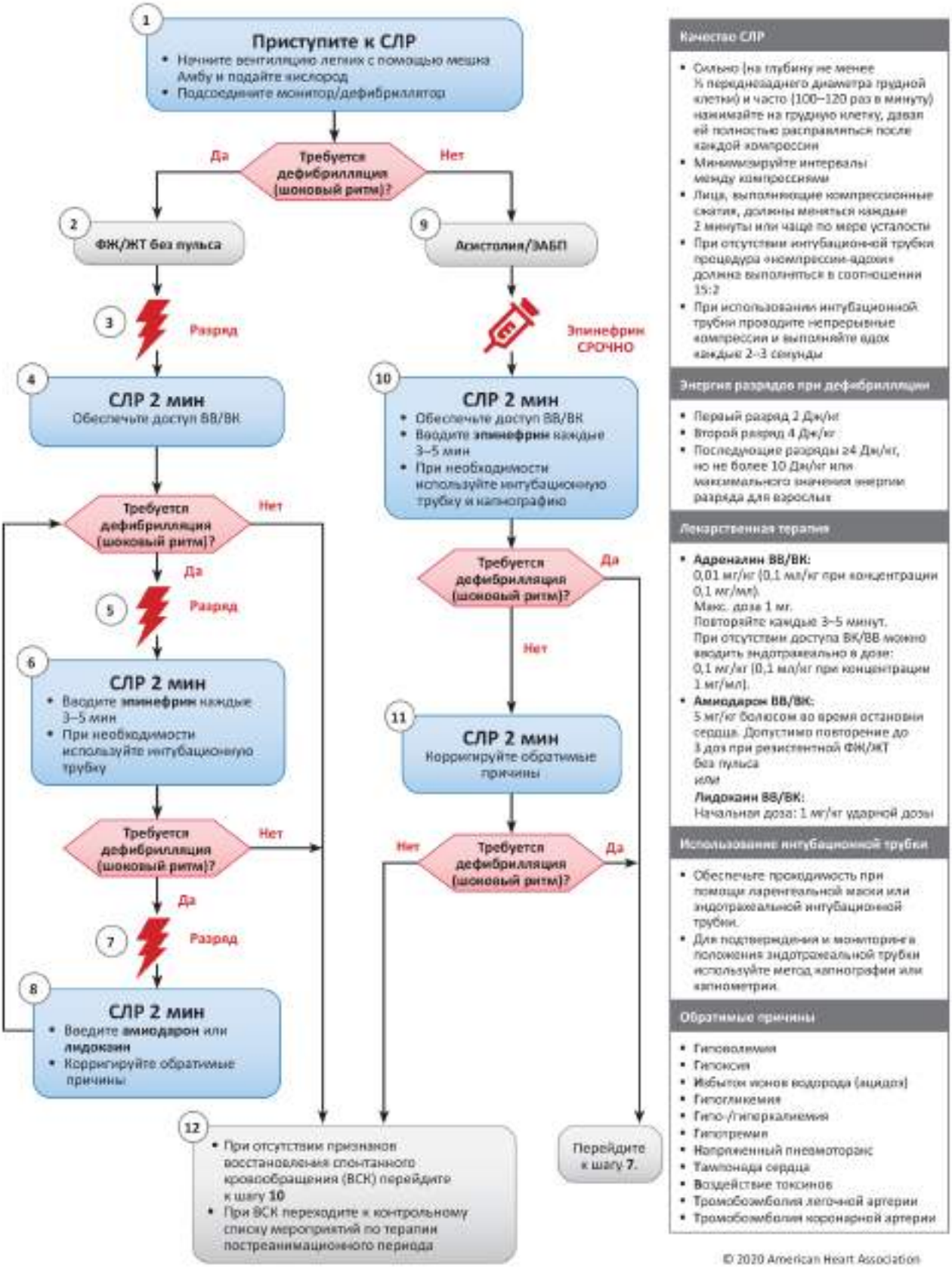
Группа авторов обновила все алгоритмы с учетом современных научных данных и внесла несколько значительных изменений, чтобы повысить эффективность обучающих материалов.

- Для ОСБУ у младенцев, детей и подростков был создан новый комплекс мероприятий по предотвращению смерти (рис. 10).
- В цепочку мероприятий по предотвращению смерти при ОСВБУ у детей и новую цепочку мероприятий по предотвращению смерти при ОСБУ у детей было добавлено шестое звено, «Восстановление» (рис. 10).
- Алгоритмы реанимации при остановке сердца и брадикардии с пульсом у детей были обновлены с учетом современных научных данных (рис. 11 и 12).
- Один алгоритм реанимации при тахикардии с пульсом у детей теперь включает в себя случаи тахикардии с узкими и широкими комплексами (рис. 13).
- Для непрофессиональных и обученных реаниматоров были добавлены два новых алгоритма оказания неотложной помощи в ситуациях, связанных с передозировкой опиоидами (рис. 5 и 6).
- Представлен новый контрольный список мероприятий по терапии постреанимационного периода у детей (рис. 14).

Причины остановки сердца у младенцев и детей отличаются от причин остановки сердца у взрослых. Эти рекомендации подкреплены растущим числом данных, полученных в исследованиях с участием детей.

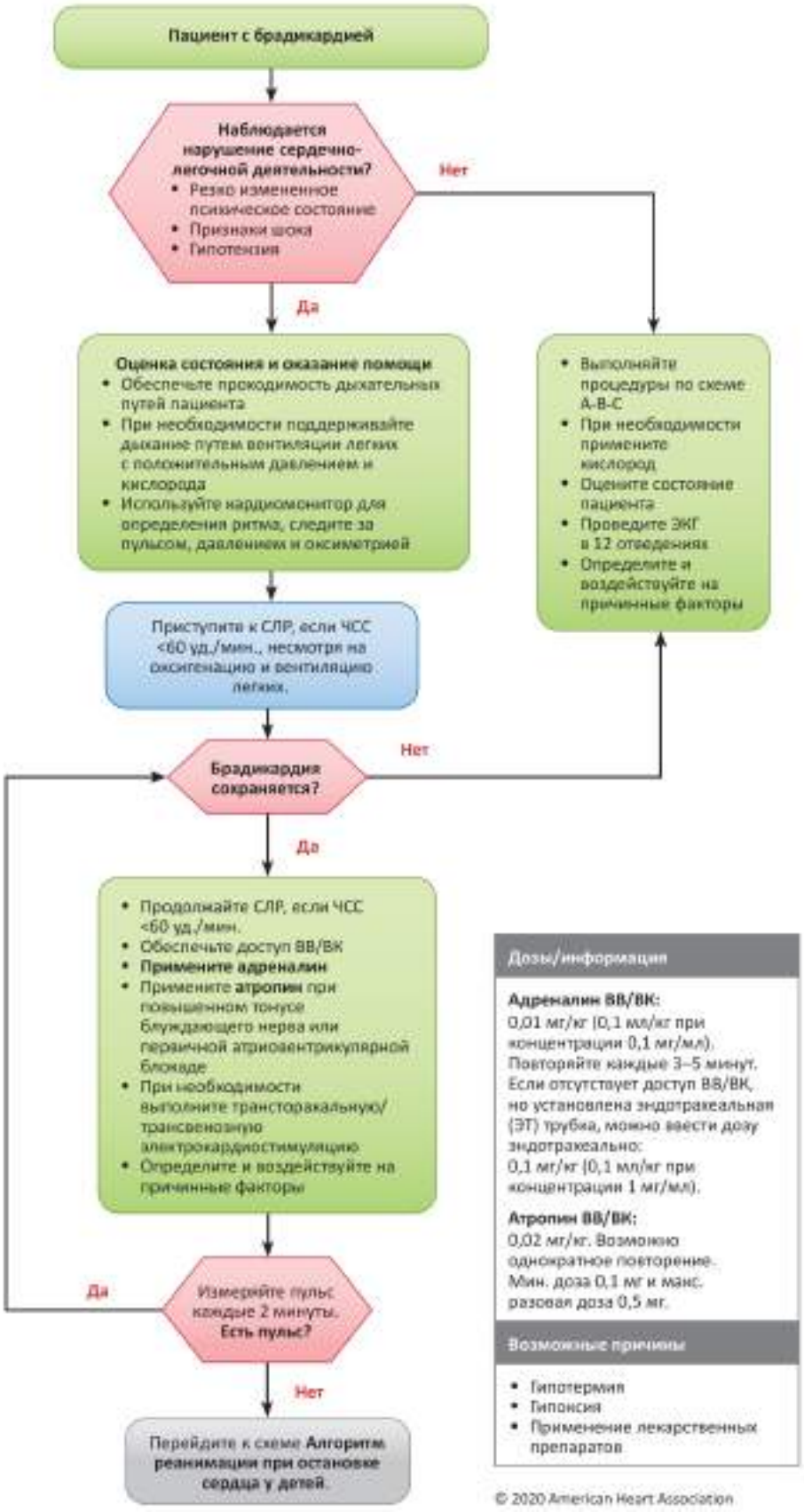
Рис. 10. Рекомендованные АНА комплексы мероприятий («цепочка выживания») по предотвращению смерти при ОСБУ и ОСВБУ у детей.

Рис. 11. Алгоритм реанимации при остановке сердца у детей.



© 2020 American Heart Association

Рис. 12. Алгоритм реанимации при брадикардии с пульсом у детей.



© 2020 American Heart Association

Рис. 13. Алгоритм реанимации при тахикардии с пульсом у детей.

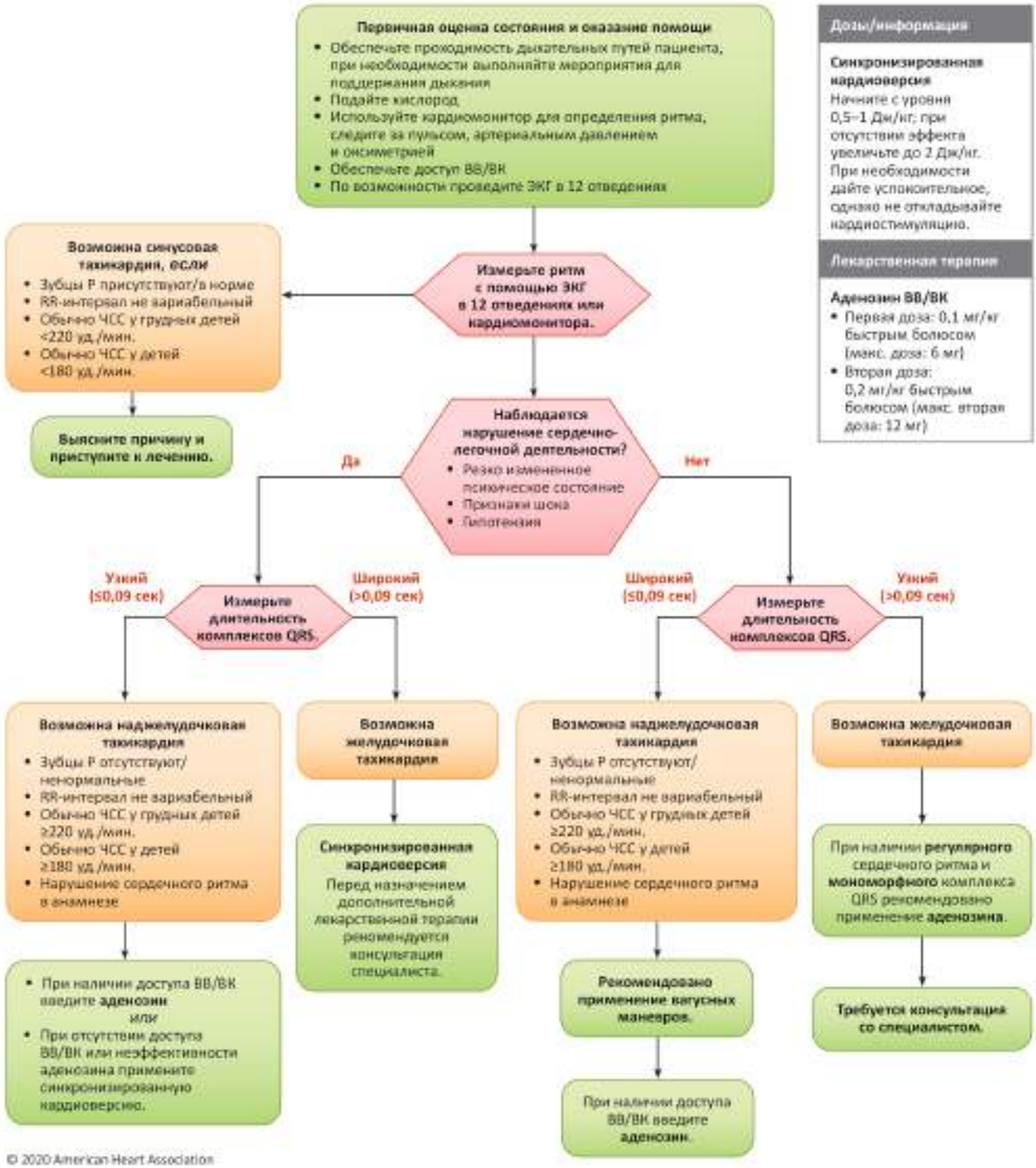


Рис. 14. Контрольный список мероприятий по терапии постреанимационного периода у детей.

Мероприятия по терапии постреанимационного периода	Отметка
Оксигенация и вентиляция легких	
Выполнять измерение оксигенации и довести показатели нормоксемии до 94–99% (или до нормальных/соответсвующих показателей насыщенности крови кислородом у детей).	☐
Выполнять измерение и довести уровень показателя $PaCO_2$ до значений, соответствующих базовому состоянию пациента и минимизируйте риски острой гиперкапнии или гипокапнии.	☐
Мониторинг гемодинамики	
Установить специфические целевые параметры гемодинамики во время терапии постреанимационного периода и выполнять их ежедневную оценку.	☐
Следить за кардиотелеметрией.	☐
Следить за артериальным давлением.	☐
Следить за уровнем молочной кислоты в крови, диурезом и уровнем насыщенности кислорода венозной крови для успешного ведения терапии.	☐
Применить парентеральное болюсное введение с инотропами и вазопрессорами или без них с целью поддержания систолического артериального давления выше пятого процентиля в соответствии с возрастом и полом.	☐
Целевое управление температурой (ЦУТ)	
Измерять и непрерывно контролировать внутреннюю температуру.	☐
Предотвращать и устранять лихорадочные состояния сразу после остановки сердца и во время отогревания.	☐
Если пациент находится в коме, применять ЦУТ (32˚C–34˚C) и далее (36˚C–37,5˚C) или только ЦУТ (36˚C–37,5˚C).	☐
Предотвратить тремор.	☐
Следить за артериальным давлением и лечить гипотонию во время отогревания.	☐
Нейромониторинг	
Если у пациента энцефалопатия и средства доступны, проводить мониторинг с непрерывной электроэнцефалограммой.	☐
Корригировать судороги.	☐
При необходимости выполнить раннюю визуализацию мозга для диагностики излечимых причин остановки сердца.	☐
Электролиты и глюкоза	
Измерять уровень сахара в крови и предотвращать гипергликемию.	☐
Поддерживать уровень электролитов в пределах нормы во избежание возможных опасных для жизни аритмий.	☐
Седативные средства	
Применять седативные и анксиолитические препараты.	☐
Прогностическая оценка	
Всегда учитывать несколько методов (клинических и других) по сравнению с одним прогностическим фактором.	☐
Помнить, что оценки могут быть изменены ЦУТ или индуцированной гипотермией.	☐
При необходимости использовать электроэнцефалограмму в сочетании с другими факторами в течение первых 7 дней после остановки сердца.	☐
При необходимости проводить нейровизуализацию, например МРТ, в течение первых 7 дней.	☐

Новые и обновленные основные рекомендации

Изменения частоты искусственного дыхания: искусственная вентиляция легких

2020 г. (обновленная информация). (БСЛР у детей) для младенцев и детей с пульсом, но с недостаточными дыхательными усилиями или без дыхательных усилий, целесообразно делать 1 вдох каждые 2–3 секунды (20–30 вдохов/мин).

2010 г. (устаревшая информация). (БСЛР у детей) при наличии заметного пульса 60 ударов/мин или выше и недостаточных дыхательных усилиях делайте искусственное дыхание с частотой около 12–20 вдохов/мин (1 вдох каждые 3–5 секунд) до восстановления самостоятельного дыхания.

Изменения частоты искусственного дыхания: частота вентиляции легких во время СЛР с интубацией

2020 г. (обновленная информация). (ПРСЛР) При выполнении СЛР у младенцев и детей с интубацией может быть целесообразно делать приблизительно 1 вдох каждые 2–3 секунды (20–30 вдохов/мин) с учетом возраста и клинического состояния пациента. Превышение этой рекомендованной частоты вдохов может нарушить гемодинамику.

2010 г. (устаревшая информация). (ПРСЛР) Если младенец или ребенок интубирован, проводите вентиляцию легких с частотой около 1 вдоха каждые 6 секунд (10 вдохов/мин), не прерывая компрессии грудной клетки.

Основания. Новые данные указывают на то, что повышенная частота вентиляции легких (не менее 30 вдохов/мин у младенцев [в возрасте до 1 года] и не менее 25 вдохов/мин у детей) увеличивает показатели ВСК и выживаемости при ОСБУ у детей. Хотя данные об оптимальной частоте вентиляции легких во время СЛР без интубации или для детей с остановкой дыхания с интубацией или без интубации отсутствуют, в целях облегчения обучения рекомендации относительно остановки дыхания были стандартизированы в обоих случаях.

Эндотрахеальные трубки (ЭТТ) с надувной манжетой

2020 г. (обновленная информация). Для интубации младенцев и детей целесообразно использовать ЭТТ с надувной манжетой. При установке ЭТТ с надувной манжетой следует обращать внимание на размер, положение ЭТТ и давление в манжете (обычно <20–25 см H_2O).

2010 г. (устаревшая информация). Для интубации младенцев и детей можно использовать ЭТТ с манжетой или без манжеты. В некоторых ситуациях (например, при низкой податливости легких, высоком сопротивлении дыхательных путей или большой утечке воздуха через голосовую щель) предпочтительным может быть использование ЭТТ с манжетой, обращая внимание на [выбор надлежащего] размера, положения ЭТТ и давления в манжете.

Основания. Несколько исследований и систематических обзоров подтверждают безопасность применения ЭТТ с манжетой, а также снижение потребности в замене трубки и повторной интубации. Трубки с манжетой могут снижать риск аспирации. Строгое следование процедурам использования ЭТТ с манжетой для детей позволяет свести к минимуму риск стеноза ниже голосовой щели.

Нажим на перстневидный хрящ во время интубации

2020 г. (обновленная информация). Нажим на перстневидный хрящ во время эндотрахеальной интубации пациентов детского возраста не рекомендуется применять в рутинной медицинской практике.

2010 г. (устаревшая информация). Доступных данных недостаточно, чтобы рекомендовать использование нажима на перстневидный хрящ для предотвращения аспирации во время эндотрахеальной интубации детей в рутинной медицинской практике.

Основания. Новые исследования показали, что нажим на перстневидный хрящ в рутинной медицинской практике снижает эффективность интубации и не уменьшает частоту отрыгивания. Группа авторов подтвердила предыдущие рекомендации не использовать нажим на перстневидный хрящ, если это препятствует вентиляции легких, снижает скорость или затрудняет интубацию.

Упор на раннее введение адреналина

2020 г. (обновленная информация). Пациентам детского возраста в любых условиях первую дозу адреналина целесообразно вводить в течение 5 минут с начала компрессии грудной клетки.

2015 г. (устаревшая информация). При остановке сердца детям целесообразно вводить адреналин.

Основания. Исследование с участием детей с ОСБУ, получивших адреналин при первоначальном нешоковым ритме сердца (асистолия и электрическая активность без пульса) показало, что каждая минута задержки введения адреналина значительно понижала показатели ВСК, 24-часовой выживаемости, выживаемости до выписки и выживаемости с благоприятным неврологическим исходом.

Выживаемость до выписки пациентов, получивших адреналин в течение 5 минут с начала СЛР, превысила выживаемость пациентов, которые получили адреналин более чем через 5 минут после начала СЛР. Исследования с участием пациентов детского возраста с ОСВБУ показали, что ранее введение адреналина увеличивает показатели ВСК, выживаемости до поступления в детское отделение интенсивной терапии, выживаемости до выписки и выживаемости в 30-дневный срок.

В алгоритме реанимации при остановке сердца у детей от 2018 г. указана необходимость введения адреналина пациентам с нешоковыми ритмами каждые 3–5 минут, однако важность раннего введения адреналина не была подчеркнута. Хотя последовательность реанимационных мероприятий не была изменена, авторы обновили формулировки действий и рекомендаций, чтобы подчеркнуть важность как можно более раннего введения адреналина, особенно при нешоковом ритме.

Инвазивный мониторинг артериального давления для оценки качества СЛР

2020 г. (обновленная информация). Если на момент остановки сердца для пациента уже проводился непрерывный инвазивный мониторинг артериального давления, специалистам целесообразно использовать показания диастолического артериального давления для оценки качества СЛР.

2015 г. (устаревшая информация). Если на момент остановки сердца для пациента уже проводился инвазивный мониторинг гемодинамики, реаниматорам может быть целесообразно использовать показания артериального давления для оценки качества СЛР.

Основания. Качественное выполнение компрессионных сжатий грудной клетки является критически важным условием успешной реанимации. Новое исследование показало, что среди пациентов детского возраста, подвергшихся СЛР с внутриартериальным катетером, выживаемость с благоприятным неврологическим исходом повышалась, если диастолическое артериальное давление поддерживалось на уровне не менее 25 мм рт. ст. для младенцев и не менее 30 мм рт. ст. для детей.[8]

Обнаружение и лечение судорог после ВСК

2020 г. (обновленная информация). При наличии ресурсов рекомендуется использовать постоянный мониторинг электроэнцефалограммы, чтобы обнаруживать судороги после реанимации при остановке сердца у пациентов с трудноизлечимой энцефалопатией.

2020 г. (обновленная информация). После реанимации при остановке сердца рекомендуется провести лечение пациента от клинических судорог.

2020 г. (обновленная информация). После реанимации при остановке сердца целесообразно провести лечение пациента с неконвульсивным эпилептическим статусом, проконсультировавшись с экспертами.

2015 г. (устаревшая информация). Необходимо как можно быстрее снять и интерпретировать электроэнцефалограмму для диагностики судорог и продолжать регулярное или постоянное наблюдение за пациентами в коме после ВСК.

2015 г. (устаревшая информация). После реанимации при остановке сердца для лечения пациента с эпилептическим статусом можно использовать ту же противосудорожную терапию, что и для лечения эпилептического статуса, вызванного другими причинами.

Основания. В этом документе впервые даются рекомендации по лечению пациентов детского возраста от судорог после реанимации при остановке сердца. Неконвульсивные судороги, включая неконвульсивный эпилептический статус, являются распространенным последствием остановки сердца и не определяются без использования электроэнцефалограммы. При недостатке данных результатов лечения пациентов после остановки сердца конвульсивный и неконвульсивный эпилептический статусы связаны с неблагоприятным исходом, а лечение эпилептического статуса в целом целесообразно для пациентов детского возраста.

Оценка и поддержка выживших после остановки сердца

2020 г. (новая информация). Для выживших после остановки сердца пациентов детского возраста рекомендуется оценить необходимость в реабилитации.

2020 г. (новая информация). Выживших после остановки сердца пациентов детского возраста целесообразно направить на периодическую оценку неврологического статуса в течение по крайней мере первого года после остановки сердца.

Основания. Все больше специалистов склоняются к тому, что восстановление после остановки сердца продолжается долгое время после первичной госпитализации. Пациентам может потребоваться постоянная комплексная медицинская помощь, реабилитация и поддержка осуществляющих уход лиц и окружающих от нескольких месяцев до нескольких лет после реанимации при остановке сердца. В недавнем научном докладе AHA подчеркнута важность поддержки пациентов и членов их семей в течение этого периода для достижения наилучших результатов лечения в долгосрочной перспективе.[6]

Септический шок

Болюсное введение жидкостей

2020 г. (обновленная информация). Пациентам с септическим шоком целесообразно вводить жидкость дозами по 10 мл/кг или 20 мл/кг и часто проводить повторную оценку состояния.

2015 г. (устаревшая информация). Младенцам и детям в состоянии шока, включая острый сепсис, тяжелую малярию и лихорадку денге, целесообразно выполнить первое болюсное введение жидкости из расчета 20 мл/кг.

Выбор вазопрессорных препаратов

2020 г. (новая информация). В качестве первой вазоактивной инфузии для младенцев и детей с рефрактерным к инфузии септическим шоком целесообразно использовать адреналин или норадреналин.

2020 г. (новая информация). Если адреналин или норадреналин недоступны, для младенцев и детей с рефрактерным к инфузии септическим шоком можно использовать дофамин.

Введение кортикостероидов

2020 г. (новая информация). Для младенцев и детей с нечувствительным к инфузии септическим шоком, нуждающихся в вазоактивной поддержке, может быть целесообразно применение антистрессовой дозы кортикостероидов.

Основания. Инфузии являются основным средством при первоначальном лечении младенцев и детей в состоянии шока, особенно гиповолемического и септического шока, однако перегрузка жидкостью может вести к повышению показателей смертности. Недавние исследования с участием пациентов с септическим шоком показали, что получившие большой объем жидкости или подвергшиеся ускоренной инфузионной реанимации пациенты чаще страдали от клинически значимой перегрузки жидкостью и требовали искусственной вентиляции легких. Группа авторов подтвердила предыдущие рекомендации повторно оценивать состояние пациента после каждого болюсного введения жидкости и использовать кристаллоидные или коллоидные растворы при реанимации пациента в состоянии септического шока.

В предыдущих версиях этого документа отсутствовали рекомендации по выбору вазопрессорных препаратов или кортикостероидов при септическом шоке. Результаты двух РКИ свидетельствуют о том, что адреналин превосходит дофамин в качестве первоначального вазопрессорного препарата для пациентов детского возраста с септическим шоком; возможно также применение норадреналина. Последние клинические исследования свидетельствуют о преимуществах применения кортикостероидов для некоторых пациентов детского возраста с трудно поддающимся лечению септическим шоком.

Геморрагический шок

2020 г. (новая информация). Для восполнения объема циркулирующей крови у младенцев и детей с гипотензивным геморрагическим шоком после травмы вместо кристаллоидного раствора целесообразно по возможности вводить препараты крови.

Основания. В предыдущих версиях этого документа геморрагический шок не выделялся среди других причин гиповолемического шока. Растущий объем данных (большая часть данных получена в исследованиях с участием взрослых пациентов, однако имеются данные и для пациентов детского возраста) указывает на преимущества раннего сбалансированного восполнения объема с использованием эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и тромбоцитов. Сбалансированное восполнение объема поддерживается рекомендациями нескольких североамериканских и международных обществ травматологов.

Передозировка опиоидами

2020 г. (обновленная информация). Для пациентов с остановкой дыхания искусственную вентиляцию легких или вентиляцию легких с использованием мешка Амбу следует поддерживать до восстановления самостоятельного дыхания. Пока самостоятельное дыхание не восстановится, необходимо продолжать стандартные процедуры БСЛР или РЛСР у детей.

2020 г. (обновленная информация). Если у пациента с подозрением на передозировку опиоидами имеется отчетливый пульс, но пациент не дышит или задыхается (т. е. возникла остановка дыхания), кроме стандартных процедур БСЛР или РЛСР у детей реаниматорам целесообразно ввести пациенту налоксон внутримышечно или интраназально.

2020 г. (обновленная информация). Для пациентов с установленной или подозреваемой остановкой сердца при отсутствии доказанных преимуществ применения налоксона проведение стандартных реанимационных мер должно иметь приоритет перед введением налоксона. При этом первостепенную важность имеет качество выполняемой СЛР (компрессионные сжатия в сочетании с искусственным дыханием).

2015 г. (устаревшая информация). Эмпирическое внутримышечное или интраназальное введение налоксона всем находящимся без сознания пациентам в угрожающем жизни неотложном состоянии, связанном с передозировкой опиоидами, может быть целесообразно в качестве дополнения к стандартным процедурам оказания первой медицинской помощи и проведения БСЛР необученными реаниматорами.

2015 г. (устаревшая информация). Проводящие РСЛР лица должны поддерживать дыхание и вводить налоксон пациентам с перфузионным сердечным ритмом и остановкой дыхания или угнетением дыхания тяжелой степени от передозировки опиоидами. Вентиляцию легких с использованием мешка Амбу следует поддерживать до восстановления самостоятельного дыхания. Пока самостоятельное дыхание не восстановится, необходимо продолжать стандартные процедуры РЛСР.

2015 г. (устаревшая информация). Мы не можем дать рекомендаций относительно введения налоксона пациентам с подтвержденной остановкой сердца от передозировки опиоидами.

Основания. Распространение опиоидов не обошло стороной и детей. В 2018 году в США от передозировки опиоидами скончались 65 детей в возрасте до 15 лет и 3618 пациентов в возрасте от 15 до 24 лет[9]; были проведены реанимационные мероприятия для гораздо большего числа пациентов детского возраста. В рекомендациях от 2020 г. приведены новые указания по реанимации детей с остановкой дыхания или остановкой сердца из-за передозировки опиоидами.

Для реанимации взрослых и детей даны одинаковые указания, за исключением СЛР с компрессионными сжатиями в сочетании с искусственным дыханием для всех пациентов детского возраста с подозрением на остановку сердца. Применение налоксона допустимо обученными реаниматорами, прошедшими соответствующее обучение неспециалистами и необученными неспециалистами. Описаны отдельные алгоритмы реанимации пациентов в неотложном состоянии, связанном с передозировкой опиоидами, неспециалистами, которые не могут достоверно проверить пульс (рис. 5), и обученными реаниматорами (рис. 6). ОСВБУ, связанные с передозировкой опиоидами, подробно рассмотрены в научном докладе AHA 2020 года.[10]

Миокардит

2020 г. (новая информация). С учетом высокого риска остановки сердца у детей с острым миокардитом и аритмией, блокадой сердца, изменениями сегмента ST и/или низким сердечным выбросом рекомендуется рассмотреть ранний перевод пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии для мониторинга состояния и лечения.

2020 г. (новая информация). Для поддержки концевых органов и предотвращения остановки сердца у детей с миокардитом и кардиомиопатией и трудно поддающимся лечению низким сердечным выбросом может быть целесообразно заблаговременное применение экстракорпорального жизнеобеспечения или механической поддержки кровообращения.

2020 г. (новая информация). С учетом проблем, связанных с успешной реанимацией детей с миокардитом и кардиомиопатией, при остановке сердца может быть целесообразно раннее проведение экстракорпоральной сердечно-легочной реанимации.

Основания. На миокардит приходится приблизительно 2% внезапных смертей по причине сердечно-сосудистой патологии у младенцев,[11] 5% у детей[11] и от 6–20% у спортсменов, однако в предыдущих[12,13] указаниях по ПРСЛР отсутствовали рекомендации по лечению. Данные рекомендации соответствуют научному докладу AHA 2018 года о СЛР у младенцев и детей с заболеваниями сердца.[14]

Единственный желудочек: рекомендации по предоперационному и послеоперационному паллиативному лечению пациентов на этапе I (операция Норвуда / шунт Блелока – Тауссиг)

2020 г. (новая информация). Для определения способов лечения тяжелобольных новорожденных после этапа I паллиативной процедуры Норвуда или установки шунта может быть целесообразно использовать прямой (катетер в верхней полой вене) и/или непрямой (спектроскопия в ближней инфракрасной области) мониторинг насыщения кислородом.

2020 г. (новая информация). Воздействие на легочное сосудистое сопротивление у пациентов с достаточно ограничивающим шунтом может не приводить к значительному эффекту, тогда как снижение системного сосудистого сопротивления с использованием системных вазодилататоров (альфа-адренергических антагонистов и/или ингибиторов фосфодиэстеразы типа III) и подачей или без подачи кислорода может быть целесообразно для повышения системной доставки кислорода (DO_2).

2020 г. (новая информация). Для лечения низкого системного уровня DO_2 может быть целесообразно проведение экстракорпорального жизнеобеспечения после этапа I процедуры Норвуда.

2020 г. (новая информация). Для пациентов с установленным или подозреваемым засорением шунта при подготовке к катетерному или хирургическому вмешательству целесообразно подавать кислород, вводить вазоактивные препараты для повышения перфузионного давления в шунте, а также гепарин (болюсное введение 50–100 единиц/кг).

2020 г. (обновленная информация). На этапе I восстановления для новорожденных с чрезмерным легочным кровообращением, симптоматическим низким системным сердечным выбросом и DO_2 целесообразно поддерживать $PaCO_2$ на уровне 50–60 мм рт. ст. При искусственной вентиляции легких этого можно достичь, снизив минутный объем вентиляции или используя обезболивание/седацию с нервно-мышечной блокадой или без нее.

2010 г. (устаревшая информация). Для новорожденных в состоянии перед остановкой сердца из-за повышенного отношения легочного кровотока к системному перед этапом I восстановления может быть целесообразно поддержание $PaCO_2$ на уровне 50–60 мм рт. ст. При искусственной вентиляции легких этого можно достичь, снизив минутный объем вентиляции, увеличив долю вдыхаемого CO_2 или используя опиоидные препараты с химической установкой нервно-мышечной блокады или без нее.

Единственный желудочек: рекомендации по послеоперационному паллиативному лечению пациентов на этапах II (двунаправленный анастомоз Гленна / операция Геми – Фонтена) и III (операция Фонтена)

2020 г. (новая информация). Чтобы повысить насыщение кислородом контуров мозгового и общего артериального кровообращения, для пациентов с верхним кавопульмональным анастомозом в состоянии перед остановкой сердца и тяжелой гипоксемией из-за недостаточного легочного кровотока (Qp) может быть целесообразно применение стратегий ИВЛ для достижения умеренного дыхательного ацидоза и минимального среднего давления в дыхательных путях.

2020 г. (новая информация). Для коррекции низкого уровня DO_2 из-за обратимых причин или как показания к устройству поддержки желудочков или хирургической коррекции у пациентов с верхним кавопульмональным анастомозом или циркуляцией Фонтена можно рассмотреть применение экстракорпорального жизнеобеспечения.

Основания. Приблизительно 1 из 600 младенцев и детей рождаются с критическим врожденным пороком сердца. Поэтапные хирургические вмешательства для детей с единственным желудочком, например при синдроме гипоплазии левых отделов сердца, выполняются в течение нескольких первых лет жизни.[15] Реанимация таких новорожденных и детей затруднена и имеет важные отличия от стандартной процедуры ПРСЛР. В предыдущих указаниях по ПРСЛР отсутствовали рекомендации для этой группы пациентов. Данные рекомендации соответствуют научному докладу AHA 2018 года о СЛР у младенцев и детей с заболеваниями сердца.[14]

Легочная гипертензия

2020 г. (обновленная информация). В качестве первоначального лечения легочного гипертензивного криза или острой правосторонней сердечной недостаточности на фоне повышенного легочного сосудистого сопротивления можно использовать ингаляцию оксида азота и введение простациклина.

2020 г. (новая информация). Чтобы предотвратить гипоксию и ацидоз при послеоперационном уходу за ребенком с легочной гипертензией, обеспечьте тщательный мониторинг и контроль дыхания.

2020 г. (новая информация). Для пациентов детского возраста с высоким риском легочного гипертензивного криза используйте подходящие анальгетики, седативные препараты и нервно-мышечные блокаторы.

2020 г. (новая информация). В качестве первоначального лечения легочного гипертензивного криза при введении легочных вазодилататоров можно использовать подачу кислорода и вызов алкалоза за счет гипервентиляции или введения щелочей.

2020 г. (новая информация). Для детей с трудно поддающейся лечению легочной гипертензией, включая признаки низкого сердечного выброса или выраженной дыхательной недостаточности несмотря на оптимальное лечение, можно рассмотреть применение экстракорпорального жизнеобеспечения.

2010 г. (устаревшая информация). Для снижения легочного сосудистого сопротивления можно использовать ингаляцию оксида азота или аэрозольное введение простациклина или аналогичного препарата.

Основания. Легочная гипертензия — это редко встречающееся у младенцев и детей заболевание, связанное со значительной частотой осложнений и смертности и требующее особого лечения. В предыдущих указаниях по ПРСЛР отсутствовали рекомендации по лечению легочной гипертензии у младенцев и детей. Данные рекомендации соответствуют указаниям относительно легочной гипертензии у детей, опубликованным AHA и Американским обществом специалистов в области торакальной медицины в 2015 г.,[16] а также рекомендациям в научном докладе AHA 2020 года относительно СЛР у младенцев и детей с заболеваниями сердца.[14]

Сердечно-легочная реанимация у новорожденных

В США и Канаде ежегодно появляется более 4 миллионов новорожденных. Приблизительно 1 из 10 новорожденных требуется помощь в адаптации к получению кислорода из воздуха. Важно, чтобы каждому новорожденному был назначен специалист, прошедший соответствующее обучение и имеющий доступ к необходимому оборудованию и препаратам. Кроме того, нуждающиеся в такой адаптации новорожденные подвергаются риску осложнений, требующих внимания дополнительного обученного персонала. В этом случае следует подготовить все необходимое для оказания перинатальной помощи.

Упрощение такой адаптации описано в алгоритме неонатальной реанимации, который начинается с удовлетворения потребностей всех новорожденных и постепенно переходит к удовлетворению потребностей новорожденных, подвергающихся риску. В указаниях от 2020 года мы даем рекомендации по использованию алгоритма, включая прогнозирование и подготовку, действия с пуповиной при родах, первоначальные действия, мониторинг частоты сердечных сокращений, респираторную поддержку, компрессии грудной клетки, внутрисосудистый доступ и терапии, приостановку или прекращение реанимации, постреанимационный уход, человеческие факторы и действия. Здесь приведен обзор новых и обновленных рекомендаций, которые, как мы полагаем, значительно повлияют на исход остановки сердца.

Краткий обзор ключевых вопросов и основных изменений

- Реанимация новорожденных должна предваряться прогнозированием и подготовкой с участием специалистов, которые проходят индивидуальное и групповое обучение.
- Большинству новорожденным не требуется незамедлительное пережатие пуповины или реанимация; их состояние можно оценить и контролировать во время телесного контакта новорожденного с матерью.
- При неонатальной реанимации важно предотвращать гипотермию новорожденных. Подчеркнута важность телесного контакта здоровых новорожденных с матерью для укрепления связи новорожденного с матерью, стимулирования грудного вскармливания и нормотермии.

- Для новорожденных, которым требуется поддержка, важнее всего выполнить раздувание и вентиляцию легких.
- Наиболее важным индикатором эффективной вентиляции и ответа на реанимационные мероприятия является повышение частоты сердечных сокращений.
- Чтобы регулировать подачу кислорода для достижения заданного насыщения кислородом, используется пульсоксиметрия.
- Для крепких и ослабленных младенцев, рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости (МАЖ), не рекомендуется проводить эндотрахеальную аспирацию. Эндотрахеальная аспирация показана только при подозрении на нарушение проходимости дыхательных путей после проведения вентиляции легких с положительным давлением (PPV).
- При недостаточной реакции частоты сердечных сокращений на вентиляцию легких после действий по корректировке вентиляции, которые должны предпочтительно включать в себя эндотрахеальную интубацию, следует выполнить компрессии грудной клетки.
- Реакцию частоты сердечных сокращений на компрессии грудной клетки и введение препаратов следует контролировать на ЭКГ.
- Если для новорожденных потребуется получить сосудистый доступ, предпочтительным является использование пупочной вены. Если венозный доступ невозможен, можно рассмотреть вариант внутрикостного доступа.
- При недостаточной реакции на компрессии грудной клетки может быть целесообразно ввести адреналин, предпочтительно с использованием внутрисосудистого доступа.
- Для новорожденных, которые не отреагируют на адреналин и в анамнезе которых имеется кровопотеря или на наличие кровопотери указывают результаты исследования, может потребоваться увеличение объема крови.
- Если в течение 20 минут после начала выполнения всех этих реанимационных мероприятий будет отсутствовать реакция частоты сердечных сокращений, следует обсудить изменение целей лечения с командой и членами семьи.

Новые и обновленные основные рекомендации

Готовность к реанимации

2020 г. (новая информация). На каждых родах должен присутствовать по крайней мере 1 специалист, способный выполнить первичные реанимационные мероприятия для новорожденного и начать вентиляцию легких с положительным давлением. Оказание помощи новорожденному должно быть единственной обязанностью таких лиц.

Основания. Чтобы обеспечить беспроблемную адаптацию новорожденного к дыханию воздухом, на каждых родах должен присутствовать по крайней мере 1 специалист, основной обязанностью которого является оказание помощи новорожденному и который прошел соответствующее обучение и имеет доступ к необходимому оборудованию для незамедлительного начала вентиляции легких с положительным давлением. Наблюдательные и направленные на повышение качества исследования показали, что такой подход позволяет выявлять подвергающихся риску новорожденных, способствует использованию контрольных перечней при подготовке оборудования и упрощает проведение разбора действий в команде. Систематический обзор результатов обучения реанимации новорожденных при наличии недостаточных ресурсов выявил снижение показателей мертворожденности и 7-дневной смертности.

Поддержание температуры новорожденных

2020 г. (новая информация). Обеспечение телесного контакта не требующих реанимации здоровых новорожденных с матерью может быть эффективным для стимулирования грудного вскармливания, терморегуляции, стабилизации уровня глюкозы в крови.

Основания. Данные Кокрановского систематического обзора показали, что ранний телесный контакт стимулирует нормотермию у здоровых новорожденных. Кроме того, 2 мета-анализа РКИ и наблюдательных исследований длительного телесного контакта после первоначальной реанимации и/или стабилизации состояния показали снижение смертности, улучшение грудного вскармливания, сокращение продолжительности пребывания в больнице, а также улучшение набора веса у недоношенных и родившихся с низкой массой тела.

Очистка дыхательных путей при наличии мекония

2020 г. (обновленная информация). Для ослабленных младенцев (с остановкой дыхания или неэффективными дыхательными усилиями), рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости, не рекомендуется проводить ларингоскопию с аспирацией или без аспирации трахеи.

2020 г. (обновленная информация). Для ослабленных младенцев, рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости, может быть целесообразно проведение интубации и аспирация трахеи, если во время вентиляции легких с положительным давлением было обнаружено нарушение проходимости дыхательных путей.

2015 г. (устаревшая информация). При наличии мекония проведение интубации для аспирации трахеи не рекомендуется, поскольку данных в поддержку такой практики недостаточно.

Основания. Для ослабленных младенцев, рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости, можно выполнить первичные реанимационные мероприятия и вентиляцию легких с положительным давлением. Эндотрахеальная аспирация показана только при подозрении на нарушение проходимости дыхательных путей после проведения вентиляции легких с положительным давлением. Данные РКИ показали, что исход (выживание, потребность в респираторной поддержке) для ослабленных младенцев, рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости не зависит от проведения аспирации до или после начала вентиляции легких с положительным давлением. Прямая ларингоскопия и эндотрахеальная аспирация обычно не требуются для младенцев, рожденных при наличии мекония в амниотической жидкости, однако они могут быть целесообразны для новорожденных, если во время вентиляции легких с положительным давлением для них было обнаружено нарушение проходимости дыхательных путей.

Сосудистый доступ

2020 г. (новая информация). Если в момент родов потребуется получить сосудистый доступ для новорожденного, рекомендовано использовать пупочную вену. Если венозный доступ невозможен, целесообразно воспользоваться внутрикостным доступом.

Основания. Для новорожденных, которые не отреагируют на вентиляцию легких с положительным давлением и компрессии грудной клетки, требуется получить сосудистый доступ для инфузии адреналина и/или объемозамещающих растворов. В родовой палате предпочтительным способом является катетеризация пуповинной вены. Если венозный доступ невозможен или процедуры выполняются вне родовой палаты, можно использовать

внутрикостный доступ. Известны клинические случаи местных осложнений, связанных с расположением иглы для внутрикостного доступа.

Прекращение реанимации

2020 г. (обновленная информация). Если после выполнения всех реанимационных мероприятий у новорожденного не появятся сердечные сокращения, необходимо обсудить решение о прекращении реанимации с командой медицинских работников и членами семьи. Разумный период такого изменения целей реанимации составляет приблизительно 20 минут после рождения.

2010 г. (устаревшая информация). Реанимацию новорожденных можно прекратить, если сердечные сокращения не удается обнаружить в течение 10 минут.

Основания. Существует низкая вероятность выживания новорожденных, не реагирующих на реанимационные мероприятия приблизительно в течение 20 минут. Поэтому предложены временные рамки для принятия решений о прекращении реанимационных мероприятий и подчеркнута необходимость вовлечения родителей и реанимационной бригады перед изменением целей лечения.

Работоспособность человека и системы

2020 г. (обновленная информация). Участники, прошедшие обучение реанимации новорожденных, должны проходить индивидуальные или групповые курсы повышения квалификации чаще одного раза в 2 года; частота прохождения курсов должна обеспечивать сохранение знаний, умений и навыков.

2015 г. (устаревшая информация). Исследования частоты обучения медицинских работников и стажеров не выявили отличий в исходах лечения пациентов, однако показали преимущества в психомоторных навыках, знаниях и уверенности при прохождении тематического обучения каждые 6 месяцев или чаще. Поэтому рекомендуется проводить обучение реанимации новорожденных чаще, чем раз в 2 года, как это принято в данное время.

Основания. Образовательные исследования свидетельствуют о том, что знания и навыки в области сердечно-легочной реанимации утрачиваются через 3–12 месяцев после обучения. Короткие и частые курсы повышения квалификации повышают эффективность работы в смоделированных ситуациях и снижают смертность среди новорожденных при наличии недостаточных ресурсов. Специалисты и реанимационные бригады могут повысить эффективность работы за счет частых практических занятий.

Образование в области реаниматологии

Эффективное обучение — одно из основных условий улучшения показателей выживаемости при остановке сердца. При отсутствии эффективного обучения непрофессиональные реаниматоры и медицинские работники с трудом смогут систематически применять научные методы лечения остановки сердца с доказанной эффективностью. Основанная на доказательствах разработка модели обучения чрезвычайно важна для повышения эффективности работы специалистов и улучшения исходов лечения пациентов с остановкой сердца. Разработка модели обучения основана на активных компонентах — ключевых элементах программ обучения реанимации, определяющих способ и время предоставления информации учащимся.

В указаниях от 2020 года мы даем рекомендации относительно разных свойств разработки модели обучения реанимации и описываем влияние потребностей специалистов на обучение реанимации. Здесь приведен обзор новых и обновленных рекомендаций в области обучения, которые, как мы полагаем, значительно повлияют на исход остановки сердца.

Краткий обзор ключевых вопросов и основных изменений

- Участие в целенаправленных практических занятиях и овладение мастерством в ходе обучения интенсивной терапии, а также повторение материала с использованием обратной связи и минимальных стандартов соответствия могут улучшить приобретение навыков.
- Добавление курсов повышения квалификации (т. е. коротких курсов переподготовки) к интенсивному непрерывному обучению (т. е. традиционным курсам) помогает сохранять навыки СЛР. Если каждый обучаемый сможет посетить все курсы, разделение обучения на несколько курсов (т. е. интервальное обучение) предпочтительнее непрерывного обучения.
- Чтобы повысить готовность и способность выполнять СЛР, неспециалистам рекомендуется прибегнуть к самостоятельному обучению или комбинировать его с обучением под руководством инструктора. Интенсивное самостоятельное обучение может устранить препятствия для более обширного обучения неспециалистов в области СЛР.
- Старшеклассников следует обучать проведению высококачественных мероприятий СЛР.
- Чтобы улучшить результаты обучения и повысить эффективность реанимации, можно использовать обучение на практике (т. е. обучение проведению реанимационных мероприятий в клинических условиях).
- В программу обучения реанимации неспециалистов и медицинских работников можно включить *виртуальную реальность* — создаваемую компьютером среду с эффектом присутствия — и *обучение в игровой форме*, подразумевающее соревнование с другими учащимися.
- Неспециалисты должны научиться оказывать помощь пострадавшим от передозировки опиоидами, включая введение налоксона.
- Обучение очевидцев проведению СЛР должно быть направлено на определенные социально-экономические, расовые и национальные группы, в которых наблюдается пониженный процент проведения СЛР очевидцами. В рамках обучения СЛР следует затронуть связанные с гендерной проблематикой барьеры, чтобы повысить вероятность проведения СЛР очевидцами в отношении пострадавших женского пола.
- Службы оказания неотложной медицинской помощи должны контролировать вовлеченность специалистов во время реанимации пострадавших от остановки сердца. Различия в вовлеченности специалистов службы оказания неотложной медицинской помощи можно скорректировать, внедрив стратегии дополнительного обучения и/или изменив кадровый состав.
- Все медицинские работники должны пройти курс РСЛР или эквивалентное обучение.

- Необходимо приложить усилия к широкому распространению обучения СЛР, массового обучения, кампаний по привлечению внимания общественности к СЛР и популяризации СЛР без вентиляции легких. Это позволит повысить готовность провести СЛР пострадавшим от остановки сердца, увеличить распространенность выполнения СЛР очевидцами и улучшить исход при ОСВБУ.

Новые и обновленные основные рекомендации

Целенаправленные практические занятия и овладение мастерством

2020 г. (новая информация). Включение модели целенаправленных практических занятий и овладения мастерством в курсы базовой или расширенной сердечно-легочной реанимации позволит улучшить приобретение навыков и повысить эффективность проведения реанимационных мероприятий.

Основания. Целенаправленные практические занятия — это подход к обучению, в котором перед учащимися ставится определенная цель, производится незамедлительная оценка их работы и дается достаточно времени на повторение действий, чтобы повысить эффективность выполнения задач. *Овладение мастерством* определяется как использование целенаправленных практических занятий, тестирования и набора критериев, определяющих стандарт соответствия для оценки навыков выполнения поставленных задач.

Опыт показывает, что внедрение модели целенаправленных практических занятий и овладения мастерством в курсы базовой или расширенной сердечно-легочной реанимации улучшает результаты обучения.

Курсы повышения квалификации и интервальное обучение

2020 г. (новая информация). При непрерывном обучении реанимации рекомендуется также использовать курсы повышения квалификации.

2020 г. (новая информация). Вместо непрерывного обучения реанимации целесообразно использовать интервальное обучение.

Основания. Добавление *курсов повышения квалификации* — коротких и частых курсов, направленных на повторение пройденного материала — к курсам реанимации улучшает сохранение навыков СЛР.

Частоту проведения курсов повышения квалификации следует выбирать с учетом наличия свободного времени у учащихся и доступностью ресурсов, необходимых для проведения курсов. Исследования показали, что *интервальное обучение* — разделение курса на несколько частей — может повышать эффективность обучения по сравнению с одним учебным мероприятием. Чтобы успешно пройти курс, все учащиеся должны присутствовать на всех занятиях, так как на каждом из них дается новая информация.

Обучение непрофессиональных реаниматоров

2020 г. (обновленная информация). В качестве альтернативы курсам под руководством инструктора для непрофессиональных реаниматоров можно рассмотреть комбинацию самостоятельного овладения навыками и курсов под руководством инструктора с практическими занятиями. Если обучение под руководством инструктора недоступно, непрофессиональным реаниматорам рекомендуется прибегнуть к самостоятельному обучению.

2020 г. (новая информация). Старшеклассников рекомендуется обучать проведению высококачественных мероприятий СЛР.

2015 г. (устаревшая информация). В качестве альтернативы традиционным курсам под руководством инструктора для непрофессиональных реаниматоров можно рассмотреть комбинацию самостоятельного овладения навыками и курсов под руководством инструктора с практическими занятиями. Если обучение под руководством инструктора недоступно, непрофессиональным реаниматорам, изучающим навыки использования автоматического наружного дефибриллятора, можно рассмотреть возможность самостоятельного обучения.

Основания. Исследования показали, что самостоятельное обучение или использование обучающих видеоматериалов так же эффективно, как обучение непрофессионального реаниматора навыкам СЛР под руководством инструктора. Переход к самостоятельному обучению позволит увеличить число обученных непрофессиональных реаниматоров, что повысит вероятность оказания квалифицированной помощи пострадавшим. Обучение школьников навыкам СЛР вселит в них уверенность и настроит на готовность проведения СЛР. Обучение школьников закладывает основы для подготовки обученных непрофессиональных реаниматоров.

Обучение на практике

2020 г. (новая информация). В дополнение к традиционному обучению целесообразно проводить практическое обучение реанимации в клинических условиях на основе моделирования ситуаций.

2020 г. (новая информация). Вместо традиционного обучения может быть целесообразно проводить практическое обучение реанимации в клинических условиях на основе моделирования ситуаций.

Основания. *Моделирование ситуаций в клинических условиях* подразумевает проведение обучения в реальных условиях оказания помощи пациентам. По новым данным обучение в клинических условиях или его комбинирование с традиционным обучением может положительно повлиять на результаты обучения (например, ускорить время выполнения критически важных действий и повысить эффективность работы в команде) и исход лечения пациентов (например, улучшить показатели выживаемости и неврологический исход).

При использовании моделирования ситуаций в клинических условиях инструкторы должны учитывать потенциальные риски, например использование настоящих медицинских принадлежностей вместо учебных.

Обучение в игровой форме и виртуальная реальность

2020 г. (новая информация). При обучении непрофессиональных реаниматоров и/или медицинских работников базовой или расширенной сердечно-легочной реанимации можно прибегнуть к виртуальной реальности и обучению в игровой форме.

Основания. Обучение в игровой форме подразумевает соревнование с другими учащимися, связанное с реанимацией, а создаваемая компьютером виртуальная реальность позволяет пользователю взаимодействовать с виртуальной средой. Некоторые исследования доказали положительное влияние таких способов на результаты обучения (например, упрощенное приобретение и сохранение знаний и навыков СЛР). При разработке программ с использованием обучения в игровой форме или виртуальной реальности следует учитывать высокие первоначальные затраты на приобретение оборудования и программного обеспечения.

Обучение очевидцев проведению СЛР должно быть направлено на определенные социально-экономические, расовые и национальные группы, в которых наблюдается пониженный процент проведения СЛР очевидцами. В рамках обучения СЛР следует затронуть связанные с гендерной проблематикой барьеры, чтобы повысить вероятность проведения СЛР очевидцами в отношении пострадавших женского пола.

Обучение непрофессиональных реаниматоров оказанию помощи пострадавшим от передозировки опиоидами

2020 г. (новая информация). Непрофессиональным реаниматорам целесообразно пройти обучение оказанию помощи пострадавшим от передозировки опиоидами, включая введение налоксона.

Основания. Число смертельных исходов из-за передозировки опиоидами за последние десять лет в США увеличилось более чем в два раза. Многочисленные исследования показали, что обучение злоупотребляющих опиоидами лиц и членов их семей навыкам реанимации связано с увеличением случаев применения налоксона свидетелями передозировки.

Разница в обучении

2020 г. (новая информация). При подготовке программ обучения неспециалистов навыкам СЛР следует нацеливаться на определенные расовые и национальные группы в США.

2020 г. (новая информация). Целесообразно также затронуть связанные с гендерной проблематикой барьеры, препятствующие проведению СЛР очевидцами для пострадавших женского пола. Для этого следует использовать образовательные программы и информационно-разъяснительную работу.

Основания. В сообществах, отличающихся низким социально-экономическим статусом, а также группах, состоящих преимущественно из афроамериканцев и латиноамериканцев, наблюдается пониженный процент проведения СЛР очевидцами и меньшая активность по обучению СЛР. Очевидцы реже проводят СЛР для пострадавших женского пола. Это может быть связано с боязнью нанести вред или быть обвиненными в неуместных прикосновениях.

Нацеливание программ обучения СЛР на определенные расовые и национальные группы, а также группы с низким социально-экономическим статусом и устранение связанных с гендерной проблематикой барьеров может устранить разницу в обучении СЛР и проведении СЛР очевидцами, потенциально улучшая исход лечения пострадавших от остановки сердца в таких группах.

Опыт специалистов службы оказания неотложной медицинской помощи и их вовлеченность в реанимационные мероприятия при остановке сердца во внебольничных условиях

2020 г. (новая информация). Службам оказания неотложной медицинской помощи целесообразно контролировать вовлеченность персонала в реанимационные мероприятия, чтобы сотрудники бригад скорой помощи имели опыт реанимации при остановке сердца. Чтобы повысить компетентность бригад, можно использовать стратегии дополнительного обучения или внести изменения в кадровый состав.

Основания. Недавний систематический обзор показал, что участие персонала служб оказания неотложной медицинской помощи в реанимационных мероприятиях при остановке сердца связано с улучшением исхода лечения пациентов, включая показатели ВСК и выживаемость. Так как вовлеченность персонала в такие реанимационные мероприятия может сильно варьироваться, мы рекомендуем службам оказания неотложной медицинской помощи контролировать вовлеченность персонала в реанимационные мероприятия и применять стратегии по исправлению низкой вовлеченности.

Прохождение курса РСЛР

2020 г. (новая информация). Медицинским работникам целесообразно пройти курс РСЛР у взрослых или пройти эквивалентное обучение.

Основания. Курс РСЛР уже более тридцати лет считается важной частью обучения персонала оказания неотложной медицинской помощи навыкам реанимации. Исследования показали, что реанимационные бригады, в составе которых имеется один или несколько сотрудников, прошедших курс РСЛР, достигают лучших показателей исходов лечения пациентов.

Готовность очевидцев к проведению СЛР

2020 г. (новая информация). Целесообразно повышать готовность очевидцев к проведению СЛР за счет обучения, информационно-разъяснительной работы, популяризации СЛР без вентиляции легких.

Основания. Быстрое проведение СЛР очевидцем удваивает шансы на выживание пострадавшего от остановки сердца. Обучение, информационно-разъяснительная работа, популяризация СЛР без вентиляции легких связаны с увеличением частоты проведения СЛР очевидцами.

Системы по уходу

Выживаемость пациентов после остановки сердца зависит от комплексной системы, в состав которой входят люди, обучение, оборудование и организации. Готовые оказать помощь очевидцы, владельцы собственности, обслуживающие автоматические внешние дефибрилляторы, операторы служб оказания неотложной медицинской помощи, а также проводящие БСЛР и РСЛР лица, работающие в службах оказания неотложной медицинской помощи, вносят свой вклад в успешную реанимацию при ОСВБУ. Улучшать исход реанимации в больницах помогают врачи, медсестры, специалисты по респираторной терапии, фармацевты и другие специалисты.

Эффективность реанимации зависит также от производителей оборудования, фармацевтических компаний, инструкторов по реанимации, разработчиков рекомендаций и многих других лиц. Долговременная выживаемость пациентов требует поддержки от членов семьи и осуществляющих уход лиц, включая специалистов по когнитивной, физической и психологической реабилитации. Для улучшения исхода лечения требуются усилия по повышению качества на всех уровнях системы оказания помощи.

Краткий обзор ключевых вопросов и основных изменений

- Восстановление продолжается долгое время после первичной госпитализации и является критически важным компонентом комплекса мероприятий по предотвращению смерти при реанимации.
- Усилия, направленные на повышение способности и готовности очевидцев провести СЛР и использовать автоматический наружный дефибриллятор, улучшают исход реанимации в сообществах.
- Новые способы использования мобильных телефонов для сообщения обученным непрофессиональным реаниматорам о случаях, требующих проведения СЛР, считаются перспективными и требуют дополнительного изучения.
- Операторы служб оказания неотложной медицинской помощи могут дать инструкции очевидцам по проведению СЛР без вентиляции легких для взрослых и детей. Эффективен принцип «No-No-Go».
- Системы раннего предупреждения и бригады экстренного реагирования могут предотвращать остановку сердца у взрослых и детей в клинических условиях, однако в литературе приводятся слишком противоречивые указания относительно связанных с преимуществами компонентов этих систем.
- Повышающие когнитивные возможности средства могут повысить эффективность реанимации необученными неспециалистами, однако в смоделированных ситуациях их использование откладывает начало СЛР. Распространение таких систем требует дополнительных работ по разработке и исследованиям.
- Влияние повышающих когнитивные возможности средств на эффективность работы бригад скорой медицинской помощи и больничных реанимационных бригад недостаточно изучено.
- В специализированных центрах по реанимации пациентов при остановке сердца используются процедуры и технологии, доступные не во всех медицинских учреждениях, однако в литературе имеются противоречивые сведения об их влиянии на исход реанимации.
- Важно обеспечивать обратную связь для бригад. Структурированный разбор действий позволяет повысить эффективность работы реанимационных бригад.
- Необходима также обратная связь во всей системе. Реализация структурированного сбора и проверки данных улучшает проведение реанимационных мероприятий и выживаемость пациентов как в больницах, так и вне их.

Новые и обновленные основные рекомендации

Использование мобильных устройств для вызова реаниматоров

Новая информация (2020 г.).
Целесообразно применение технологий мобильной связи диспетчерскими службами по чрезвычайным ситуациям для сообщения готовым оказать помощь добровольцам о ситуациях, в которых может потребоваться проведение СЛР или использование автоматического наружного дефибриллятора.

Основания. Лица, оказывающие первую помощь, играют важную роль в улучшении исхода при ОСВБУ, однако в большинстве сообществ очевидцы чаще всего не готовы провести СЛР или использовать автоматический наружный дефибриллятор. Недавний систематический обзор ILCOR показал, что уведомление непрофессиональных реаниматоров с использованием мобильного приложения или текстового сообщения сокращает время реагирования, повышает частоту проведения СЛР очевидцами, сокращает время до начала дефибрилляции и повышает выживаемость до выписки из больницы при ОСВБУ. Отличия в клинических исходах наблюдались только в данных наблюдательных исследований. Применение технологии мобильной связи в США требует дополнительного изучения, однако предполагаемые преимущества в других странах обеспечивают высокий приоритет будущих исследований в этом направлении, включая влияние этих оповещений на исход при остановке сердца у разных пациентов в разных сообществах и регионах.

Реестры данных для повышения эффективности системы

Новая информация (2020 г.).
Организациям, осуществляющим уход за пациентами после реанимации при остановке сердца, целесообразно собирать данные о лечении и исходах.

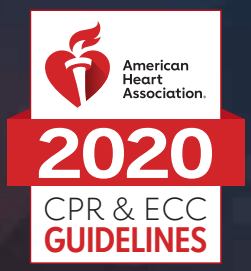
Основания. Во многих отраслях, включая здравоохранение, сбор и оценка показателей используются для измерения качества и выявления возможностей для улучшений. Эти процессы осуществляются на местном, региональном или национальном уровнях за счет участия в работе реестров данных, которые собирают информацию о лечебных процедурах (например, о показателях СЛР, времени до дефибрилляции, соблюдении рекомендаций) и исходах лечения (например, о ВСК и выживаемости) при остановке сердца.

Примерами таких инициатив являются реестр данных по реанимации AHA Get With The Guidelines (для ОСБУ), реестр данных по остановке сердца AHA Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (для ОСВБУ) и реестр Resuscitation Outcomes Consortium Cardiac Epistry (для ОСВБУ), а также многочисленные региональные базы данных. В систематическом обзоре ILCOR от 2020 года было обнаружено, что в большинстве исследований по оценке влияния реестров данных с общедоступной отчетностью или без нее демонстрируется улучшение выживаемости при остановке сердца в организациях и сообществах, участвующих в реестрах данных по остановке сердца.

Ссылки

1. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020;142(suppl 2):In press.
2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1):In press.
3. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation. 2020:In press.
4. Morley P, Atkins D, Finn JM, et al. 2: Evidence-evaluation process and management of potential conflicts of interest: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1):In press.
5. Magid DJ, Aziz K, Cheng A, et al. Part 2: evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(suppl 2):In press.
6. Sawyer KN, Camp-Rogers TR, Kotini-Shah P, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;141:e654-e685. doi: 10.1161/CIR.0000000000000747
7. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on Clinical Cardiology. Cardiac arrest in pregnancy: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015;132(18):1747-1773. doi: 10.1161/CIR.0000000000000300
8. Berg RA, Sutton RM, Reeder RW, et al; for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Intensive Care Quality of Cardio-Pulmonary Resuscitation Investigators. Association between diastolic blood pressure during pediatric in-hospital cardiopulmonary resuscitation and survival. Circulation. 2018;137(17):1784-1795. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032270
9. Wilson N, Kariisa M, Seth P, Smith H IV, Davis NL. Drug and opioid-involved overdose deaths — United States, 2017-2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(11):290-297. doi: 10.15585/mmwr.mm6911a4
10. Dezfulian, et al. Opioid-associated out-of-hospital cardiac arrest: distinctive clinical features and implications for healthcare and public responses: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020:In press.
11. Maron BJ, Udelson JE, Bonow RO, et al. Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular abnormalities: task force 3: hypertrophic cardiomyopathy, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy and other cardiomyopathies, and myocarditis: a scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology. Circulation. 2015;132(22):e273-e280. doi: 10.1161/cir.0000000000000239
12. Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS, Tierney DM, Mueller FO. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980-2006. Circulation. 2009;119(8):1085-1092. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.804617
13. Fung G, Luo H, Qiu Y, Yang D, McManus B. Myocarditis. Circ Res. 2016;118(3):496-514. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306573
14. Marino BS, Tabbutt S, MacLaren G, et al; for the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and Emergency Cardiovascular Care Committee. Cardiopulmonary resuscitation in infants and children with cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2018;137(22):e691-e782. doi: 10.1161/CIR.0000000000000524
15. Oster ME, Lee KA, Honein MA, Riehle-Colarusso T, Shin M, Correa A. Temporal trends in survival among infants with critical congenital heart defects. Pediatrics. 2013;131(5):e1502-e1508. doi: 10.1542/peds.2012-3435
16. Abman SH, Hansmann G, Archer SL, et al; for the American Heart Association Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation; Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and the American Thoracic Society. Pediatric pulmonary hypertension: guidelines from the American Heart Association and American Thoracic Society. Circulation. 2015;132(21):2037-2099. doi: 10.1161/CIR.0000000000000329

Для получения дополнительной информации по курсам и программам оказания неотложной помощи обратитесь в организацию American Heart Association:
international.heart.org



7272 Greenville Avenue
Dallas, Texas 75231-4596, USA (США)
www.heart.org

JN-1089 10/20

Оценка степени риска развития пролежней

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	спирт этиловый 70° — 5 мл антисептическое средство для обработки рук дезинфицирующее средство
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	I. Подготовка к обследованию 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход обследования (если пациент в сознании). ; II. Выполнение обследования 1.1 Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Waterlow, 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. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики • 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.
6	Оценка достигнутых результатов	Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с данными нормы: Итоговые значения, характеризующие степень риска: В зоне риска — 10 баллов

		В зоне высокого риска — 15 баллов В зоне очень высокого риска — 20 баллов Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги
7	Оформление медицинской документации	

Пеленание новорожденного

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Пеленальный столик с матрацем антисептическое средство для обработки рук дезинфицирующее средство комплект стерильных пеленок и распашонок водонепроницаемый обеззараженный фартук мыло
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	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 пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к пеленанию:** 1. Обработать руки гигиеническим способом,

		осушить, надеть фартук. 2. Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 3. Расстелить на пеленальном столе 4 пеленки: 1-ю фланелевую; 2-ю пеленку сложить по диагонали и положить сгибом вверх выше уровня 1-й пеленки на 15 см (для изготовления косынки) или сложить вдвое по длине и положить выше уровня 1-й пеленки для изготовления шапочки; 3-ю пеленку ситцевую; 4-ю пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.). 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 1-й пеленки. **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 4-ю пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 4. Краем 3-й 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 2-й пеленки. 6. Зафиксировать все предыдущие слои и шапочку (косынку) 1-й 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. **Широкое пеленание (закрытый способ)** **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 4 пеленки: 1-ю фланелевую и 2-ю ситцевую пеленки на одном уровне, 3-ю пеленку ситцевую на 10 см ниже и 4-ю пеленку ситцевую сложить вчетверо длинным прямоугольником для изготовления подгузника (вместо нее можно использовать подгузники «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.). **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 4-ю пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны.

		4. Из 3-й пеленки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край 3-й 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 2-й пеленки покрыть и зафиксировать плечи с обеих сторон, нижний край проложить между стоп ребенка, отделив их и голени одну от другой. 6. 1-й пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание **Широкое пеленание (открытый способ)** **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 4 пеленки на одном уровне: 1-ю фланелевую, 2-ю ситцевую, 3-ю пеленку ситцевую, 4-ю пеленку-подгузник и фланелевую распашонку. Выложить на стол ситцевую распашонку. **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 4-ю пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 5. Из 3-й пеленки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край 3-й 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. 2-ю пеленку закрепить сверху, как 3-ю, нижний край проложить между стоп ребенка. 7. 1-й пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание **Окончание процедуры:** 1. Уложить ребенка в кроватку. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	При недостаточной температуре воздуха в палате необходимо использовать дополнительно 1—2 пеленки, сложенные вчетверо и размещенные «ромбом» после 2-й или 3-й пеленки. Перед кормлением для предупреждения контакта пеленок новорожденного с постельным бельем матери необходимо использовать еще 1 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.
6	Оценка достигнутых	Новорожденный ухожен, не показывает признаков беспокойства. Наличие записи о результатах

	результатов	выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность матери новорожденного качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Перевязки при ранениях кожи и подкожной клетчатки, сопровождающихся кровотечением

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Зажим Пинцет Хирургические ножницы с одним острым концом Ножницы Рихтера Антисептическое средство для обработки рук Дезинфицирующее средство Перекись водорода 3%. Раствор йода спиртовой 5%. Раствор бриллиантового зеленого 1%. Спирт этиловый 70° Гемостатическая губка Раствор фурацилина Бинты Стерильные ватные шарики Стерильные марлевые салфетки разного размера Пластырь Перчатки стерильные Клеенка (одноразовая влагоустойчивая пеленка)

		Клеенчатый (одноразовый пластиковый) фартук Емкость для сбора отходов класса Б
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем лечении и проведении лечебных процедур. Информация о предстоящих процедурах сообщается ему врачом, медсестрой или фельдшером, включает сведения о цели проводимого лечения, желаемых результатах и возможных осложнениях.
4	Алгоритм действий	<u>Алгоритм перевязки при ранах кожи и подкожной клетчатки, сопровождающихся кровотечением</u> **Подготовка к процедуре:** 1. Получить информированное согласие пациента, рассказать ему о цели и ходе процедуры. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть печатки. 4. Подготовить все необходимое для перевязки. 5. Помочь пациенту раздеться и попросить занять удобное положение на носилках или на стуле. 6. Подложить клеенку под область перевязки. 7. Надеть очки, защитную одежду (фартук, маску). **Выполнение процедуры:** 1. Освободить место раны от одежды или повязки, если пострадавшему оказывали первую доврачебную помощь. 2. Снять одежду или повязку в направлении от одного края раны другому (выполнение поперек раны увеличивает ее зияние и причиняет боль), кожу при снятии одежды или повязки следует придерживать марлевым шариком или пинцетом не позволяя ей тянуться за повязкой. Присохшую

		одежду или повязку следует отделять шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. 3. Если рана локализована на волосистой части головы, то перед обработкой волосяной покров в области раны удаляем ножницами. 4. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции. 5. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 6. Обработать антисептиком руки. 7. Надеть стерильные перчатки. 8. Осмотреть рану и область вокруг раны (размеры и края раны, отделяемое, сближение краёв раны, отёчность, болезненность). 9. Обработать кожу вокруг раны стерильными марлевыми шариками, меняя их после каждого движения и перемещая тампон от наименее загрязненного участка к наиболее загрязнённому и от центра к наружи, вначале сухими, затем смоченными растворами антисептика (спирт этиловый 70°), края раны смазывают 5% раствором йода или 1 % раствором бриллиантового зеленого. 10. Удалить скопившуюся кровь, если есть, промокнув стерильными шариками, или промыть 3% раствором перекиси водорода, после чего рану осушить сухими тампонами. 11. По назначению врача наложить на рану гемостатическую губку или другое лекарственное средство. 12. Наложить стерильную повязку пинцетом. 13. Зафиксировать повязку пластырем или бинтом в зависимости от места нахождения раны.

		Окончание процедуры: 1. Поместить использованные инструменты в ёмкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции. 3. Снять очки, защитную одежду (передник или халат, маску) и сбросить в ёмкость или пакет для сбора белья. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях. 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
5	Особенности выполнения методики	Перевязка при ранах кожи и подкожной клетчатки проводится одномоментно. Может проводиться не в перевязочной, а непосредственно около больного дома, на рабочем месте, в салоне санитарного автомобиля при соблюдении правил асептики и антисептики.
6	Оценка достигнутых результатов	Очищение раны от микробной флоры. Остановка кровотечения. Заживление раны вторичным натяжением, без формирования келоидных рубцов, некроза кожи, косметических дефектов. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации

		Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	

Перемещение тяжелобольного в постели

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	Если пациент весит более 80—100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1—2 помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	Антисептическое средство для обработки рук для обработки персонала Дезинфицирующее средство Функциональная кровать Приспособления для поднятия и перемещения пациента: изислайд или минислайд, изибелт. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки) Нестерильные перчатки Мыло жидкое Одноразовое полотенце для рук персонала Емкость для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги

		дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры (если пациент находится в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Отрегулировать высоту кровати для удобства манипуляций. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. <u>Перемещение пациента с кровати на каталку (выполняют два человека)</u> 1. Помочь пациенту перевернуться на бок: две медицинские сестры подкладывают руки под плечи, спину и бедра, поворачивают пациента на бок спиной к себе. 2. Одна сестра держит пациента, другая размещает изислайд под бок пациента со спины. 3. Положить на изислайд простынь. 4. Повернуть пациента на спину (на изислайд). 5. Подвести каталку к кровати и поставить на одном уровне, соприкасаясь друг с другом 6. Потянуть на себя простыню, используя скользящую поверхность изислайда и переместить пациента с кровати на каталку методом «тяги» или «толчка» <u>Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью минислайда (выполняется двумя медицинскими сестрами)</u> 1. Опустить изголовье кровати. Убедиться, что

		пациент лежит строго горизонтально. 2. Подложить минислайд под подушку на уровне головы и плеч. Помечу пациенту согнуть ноги в коленных суставах, опираясь на стопы, положить руки вдоль туловища, на счет «три» попросить пациента приподнять таз. 3. Переместить пациента к головному концу кровати методом «тяги» или «толчка», используя скользящую способность минислайда. <u>Поднятие пациента с положения сидя и удержание пациента с помощью фиксирующих поясов «изибелт» (выполняется одной медицинской сестрой)</u> 1. Надеть пояса медицинской сестре и пациенту 2. Встать сбоку от пациента лицом к нему, одну ногу поставить рядом с его ногой, а другую впереди его ног, фиксируя колени 3. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить: дну ногу немного впереди другой. 4. Захватить фиксирующий пояс на медицинской сестре пациенту руками, фиксирующий пояс пациента захватить медицинской сестре и на счет «три» медицинская сестра помогает пациенту подняться <u>Удержание пациента с помощью фиксирующего пояса при ходьбе (выполняется одной медицинской сестрой).</u> 1. Встать рядом с пациентом, захватить одной рукой руку пациента ладонью большой палец ладони сверху), другой рукой захватить фиксирующий пояс на пациенте. 2. Встать к пациенту как можно ближе, поддерживать его колени ногой (если медицинская сестра стоит

		справа — правой ногой, слева — левой ногой). 3. Передвигаться рядом с пациентом до тех пор, пока он чувствует себя не уверенно. **Окончание процедуры:** 1. Убедиться, что пациенту комфортно. Поднять боковые поручни кровати. 2. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1—2 помощниками. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела.
6	Оценка достигнутых результатов	У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицине документации Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
7	Оформление	Запись о результатах выполнения назначения в

	медицинской документации	медицине документации.

Получение отделяемого из ротоглотки

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	манипуляционный столик кушетка. карандаш по стеклу пеленка медицинская стерильный ватный (дакроновый) тампон стерильные марлевые салфетки или ватные шарики одноразовые инструменты для исследования молекулярно-биологическими методами медицинские перчатки ложка Фолькмана пинцет лоток предметное стекло или пробирка с сертифицированной транспортной средой или эппендорф или пробирка с плотной или жидкой питательной средой
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Необходимо письменное информированное добровольное согласие пациента или его законного представителя до проведения диагностической манипуляции.

4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. 2. Убедиться в наличии у пациента письменного информированного согласия на предстоящую процедуру. 3. Предложить или помочь пациенту занять удобное положение: стоя или сидя на кушетке, застеленной медицинской пеленкой. 4. Подписать предметное стекло или пробирку с сертифицированной транспортной или плотной и жидкой питательной средой. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть медицинские перчатки. **Выполнение процедуры** 1. Клинический материал получают с помощью стерильного ватного или дакронового тампона со слизистой оболочки задней стенки глотки выше нижнего края мягкого неба, а также с поверхности миндалин. 2. Полученный клинический материал помещается на предметное стекло или пробирку с сертифицированной транспортной средой или эппендорф или пробирку с плотной/жидкой сертифицированной питательной средой. **Окончание процедуры.** 1. Поместить расходный материал, медицинские инструменты в емкость с дезинфицирующим раствором. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

		3. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
5	Особенности выполнения методики	Подготовку оснащения для выполнения процедуры всегда проводят в процедурном кабинете. Пациенты должны быть проинформированы о необходимости воздержания от приема пищи, гигиенической обработки полости рта, орогенитальных половых контактов в течение 2—3 часов до обследования Клинический материал для микроскопического исследования обязательно помещают на два предметных стекла. Маркировку стекол осуществляют специальным карандашом, который не смывается в процессе окрашивания. Для микроскопического исследования тампон с клиническим материалом вращательным движением прокатывают по одной стороне предметного стекла для получения равномерного мазка. Предметное стекло с клиническим материалом должно находиться в процедурном кабинете при комнатной температуре (изолированно от других стекол) до полного высыхания. При взятии клинического материала для исследования культуральным методом тампон помещают в пробирку с транспортной средой или легкими штриховыми движениями тампона материал переносят непосредственно на плотную питательную среду. При взятии клинического материала для исследования молекулярно-биологическими методами зонд или тампон или щетку помещают в пробирку эппендорф и материал переносится в буфер вращательными движениями, при этом зонд или

		тампон или щетку следует плотно прижимать к стенкам эппендорфа. Врач или средний медицинский персонал заполняют бланк направления на лабораторное исследование Предметные стекла и/или транспортную среду с клиническим материалом средний медицинский персонал доставляет в лабораторию в герметически закрытых контейнерах.
6	Оценка достигнутых результатов	У пациента получено отделяемое из ротоглотки Состояние пациента удовлетворительное. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения услуги
7	Оформление медицинской документации	

Смена белья и одежды тяжелобольному

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник — вторая медицинская сестра/младший медицинский персонал/родственник
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	Антисептический раствор — 2 разовых дозы Перчатки нестерильные Емкость для дезинфекции Ветошь Комплект чистого нательного белья Комплект одежды Простыня Непромокаемый мешок для грязного белья
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, 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
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его информированное согласие. 2. Приготовить комплект чистого нательного белья и

		одежды. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Надеть перчатки. **Выполнение процедуры.** 1. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. 2. Помочь пациенту сесть на край кровати. 3. Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна руки 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 нижнюю рубашку (майку, бюстгальтер). 5. Укрыть пациента простыней. 6. Помочь больному надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. При внутривенном вливании поступить с флаконом, как в п. 3. 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. **Окончание процедуры.** 11. Поместить грязную одежду в мешок для белья. 12. Протереть стул или тумбочку, где располагалось

		грязное белье и одежда, влажной ветошью. 13. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции 14. Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом. 15. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
5	Особенности выполнения методики	В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать больного (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). Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1—2 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
6	Оценка достигнутых результатов	Пациент одет в чистое белье Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Парентеральное введение лекарственных средств

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после выполнения процедуры выводить гигиеническую обработку рук. Во время процедуры использовать средства индивидуальной зажиты (спецодежда, колпак, маска перчатки, очки или защитный экран). Использовать не прокалываемые контейнеры, деструкторы для использованных игл (шприцев с интегрированными иглами).
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	манипуляционный столик перчатки медицинские (не стерильные) спецодежда (халат, колпак, маска, очки или защитный экран) шприц одноразовый требуемого объема игла инъекционная для разведения или забора лекарственного вещества из флакона игла инъекционная требуемого размера для проведения инъекции стойка для системы/капельницы лоток стерильный лоток не стерильный пинцет анатомический стерильный пластырь (или резинка медицинская) салфетки инъекционные стерильные маркированные емкости для использованных расходных материалов, инструментов, ампул, флаконов по классам медицинских отходов. аптечка первой медицинской помощи при анафилактическом шоке

		жидкое мыло диспенсер с одноразовыми полотенцами антисептик для обработки кожи рук антисептик для обработки кожи инъекционного поля
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	нет
4	Алгоритм действий	<u>Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы</u> 1. Обработать руки гигиеническим способом. 2. Подготовить шприц с иглой (проверить срок годности и герметичность упаковки). 3. Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности, визуально оценить пригодность препарата. 4. Встряхнуть ампулу, таким образом, чтобы все лекарственное вещество оказалось в широкой части. 5. Надпилить ампулу пилкой/ампульным ножом/ампульным скарификатором. Салфеткой с антисептиком обработать ампулу и обломить ее конец. 6. Если на ампуле присутствует «точка разлома», под которой уже имеется насечка, салфеткой с антисептиком обработать ампулу и обломить конец ампулы. 7. Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернуть дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарст-венного препарата. Ампулы, имеющие широкое

		отверстие, не рекомендуется переворачивать. 8. Следить, чтобы при наборе лекарственного препарата срез иглы находился в растворе — это исключит попадание воздуха в шприц. 9. Если на стенках цилиндра шприца все-таки скопились пузырьки воздуха, следует слегка оттянуть на себя шток-поршень и несколько раз повернуть шприц в горизонтальной плоскости. После чего следует вытеснить поднявшиеся пузырьки воздуха, держа иглу в пустой ампуле (или при надетом колпачке). Убедиться, что в шприце нет воздуха. 10. Не рекомендуется выталкивать лекарственный препарат в пространство помещения, это опасно для здоровья. 11. Надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой на стерильный лоток (возможно, поместить шприц с иглой и салфетки инъекционные в упаковку из-под шприца). 12. По окончании медицинской процедуры весь использованный материл и инструментарий подвергнуть обработке в соответствии с действующими санитарно-противоэпидемическими требованиями. <u>Набор лекарственного препарата в шприц из флакона закрытого крышкой с жидкой лекарственной формой</u> 1. Обработать руки гигиеническим способом. 2. Подготовить шприц с двумя иглами (проверить срок годности и герметичность упаковки): игла для разведения или забора лекарственного вещества из флакона инъекционная игла. 3. Прочитать на флаконе название лекарственного

		препарата, дозировку, срок годности, визуально оценить пригодность препарата. 4. Отогнуть/удалить ножницами крышку флакона, прикрывающую резиновую пробку. 5. Обработать резиновую пробку флакона салфеткой с антисептиком. 6. Ввести иглу для разведения лекарственного вещества во флакон под углом 90°. Перевернуть флакон дном вверх и набрать в шприц нужное количество лекарственного вещества. 7. Извлечь иглу из флакона, сбросить в специальную маркированную емкость. 8. Надеть на шприц инъекционную иглу, поместить шприц с иглой на стерильный лоток (возможно, поместить шприц с иглой и салфетки инъекционные в упаковку из под шприца). 9. По окончании медицинской процедуры весь использованный материл и инструментарий подвергнуть обработке в соответствии с действующими санитарно-противоэпидемическими требованиями. <u>Набор лекарственного препарата в шприц из флакона закрытого крышкой с порошкообразной лекарственной формой</u> 1. Обработать руки гигиеническим способом. 2. Подготовить шприц с двумя иглами (проверить срок годности и герметичность упаковки): игла для разведения или забора лекарственного вещества из флакона инъекционная игла. 3. Прочитать на ампуле растворителя и флаконе с лекарственным веществом название, дозировку,

		срок годности, визуально оценить пригодность препарата. Уточнить необходимую концентрацию разведения. 4. Встряхнуть ампулу таким образом, чтобы все вещество оказалось в широкой части. 5. Надпилить ампулу пилкой/ампульным ножом/ампульным скарификатором. Салфеткой с антисептиком обработать ампулу и обломить ее конец. 6. Если на ампуле присутствует «точка разлома», под которой уже имеется насечка, салфеткой с антисептиком обработать ампулу и обломить конец ампулы. 7. Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернуть дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество растворителя. Ампулы, имеющие широкое отверстие, не рекомендуется переворачивать. 8. Следить, чтобы при наборе растворителя срез иглы для разведения находился в растворе — это исключит попадание воздуха в шприц. 9. Если на стенках цилиндра все-таки присутствуют пузырьки воздуха, следует слегка оттянуть на себя шток-поршень и несколько раз повернуть шприц в горизонтальной плоскости. После чего вытеснить поднявшиеся пузырьки воздуха, держа иглу для разведения в пустой ампуле или надетом колпачке. 10. Не рекомендуется выталкивать препарат в пространство помещения, это опасно для здоровья. 11. Поместить шприц на стерильный лоток (или в упаковку из-под шприца). 12. Отогнуть/удалить ножницами крышку флакона, прикрывающую резиновую пробку.

		13. Обработать резиновую пробку салфеткой с антисептиком 14. Ввести иглу для разведения во флакон под углом 90° и далее ввести во флакон необходимое количество растворителя. 15. Подождать до полного растворения лекарственного вещества, оставив иглу во флаконе и слегка встряхивая флакон. Шприц при этом отложить на стерильный лоток (или в упаковку из-под шприца). 16. Перевернуть флакон дном вверх, набрать в шприц необходимое количество лекарственного вещества. 17. Извлечь иглу для разведения из флакона, сбросить в специальную маркированную емкость. 18. Надеть на шприц инъекционную иглу, поместить шприц с иглой на стерильный лоток (возможно, поместить шприц с иглой и салфетки инъекционные в упаковку из-под шприца). 19. По окончании медицинской процедуры весь использованный материл и инструментарий подвергнуть обработке в соответствии с действующими санитарно-противоэпидемическими требованиями. <u>Способ заполнения системы однократного применения (капельницы)</u> 1. Обработать руки гигиеническим способом. 2. Подготовить систему для внутривенного вливания (проверить срок годности и герметичность упаковки). 3. Подготовить флакон (прочитать название лекарственного препарата, дозировку, срок годности, визуально оценить пригодность препарата).

		4. Подготовить шприц с иглой (проверить срок годности и герметичность упаковки). 5. Отогнуть/удалить ножницами крышку флакона, прикрывающую резиновую пробку. 6. Обработать резиновую пробку салфеткой с антисептиком. 7. Вскрыть упаковочный пакет капельницы и извлечь ее на стерильную поверхность. 8. Снять колпачок с иглы воздуховода (короткая трубка), ввести иглу до упора в резиновую пробку флакона. 9. Свободный конец воздуховода закрепить на уровне дна флакона пластырем или резинкой. 10. В некоторых капельницах отверстие воздуховода встроено в саму систему. В этом случае необходимо открыть заглушку воздуховода. 11. Закрыть винтовой зажим системы. 12. Снять колпачок с иглы системы, ввести иглу во флакон до упора. 13. Перевернуть флакон и закрепить его на стойке. 14. Перевернуть фильтр системы вверх. Открыть зажим, медленно заполнить фильтр до половины объема. 15. Закрыть зажим и возвратить фильтр в исходное положение. Фильтр должен быть заполнен полностью. 16. Если устройство снабжено мягким фильтром, можно сдавить его пальцами и заполнить фильтр до необходимого уровня. 17. Открыть зажим и медленно заполнить трубку систему до полного вытеснения воздуха и появления капли раствора из инъекционной иглы.

		Закрыть зажим. 18. Проверить отсутствие пузырьков воздуха в трубке системы. 19. При заполнении системы соблюдать рекомендации производителя, указанные на упаковке. 20. По окончании медицинской процедуры весь использованный материл утилизировать согласно санитарно-противоэпидемическими требованиями.
5	Особенности выполнения методики	При введении лекарственных препаратов во флакон для в/в капельного введения, необходимо учитывать их совместимость (химическую, физическую, терапевтическую)
6	Оценка достигнутых результатов	Своевременность выполнения манипуляции в соответствии со временем назначения. Отсутствие отклонений и дефектов на этапах выполнения манипуляции.
7	Оформление медицинской документации	нет

Постановка банок

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	При постановке банок необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности: - исключить контакт кожи пациента и постельного белья с источником открытого огня; - использовать достаточно плотный фитиль, исключающий ожог пациента вследствие отрыва горящей ваты; фитиль должен иметь металлический стержень - горючее вещество, которым смочен фитиль, не должно капать с него. - исключить контакт кожи и волос пациента с источником открытого огня. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	Медицинские банки — от 10 до 20 шт. Корнцанг Этиловый спирт 70° Вазелин Антисептическое средство для обработки рук Дезинфицирующее средство Полотенце или пеленка Фитиль Спички Ящик для банок Емкость для дезинфекции

		Вата Часы Мыло жидкое Одноразовое полотенце для рук персонала
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1. Убедиться в целости краев банок и разместить их в ящике, на столе у постели пациента. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. 3. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру- 4. При необходимости — отрегулировать высоту кровати. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

		6. Опустить изголовье кровати, помочь пациенту лечь на живот (при постановке банок на спину), предложить повернуть голову на бок, руками обхватить подушку. 7. Длинные волосы пациента (ки) прикрыть пеленкой. 8. При наличии волос в месте постановки банок, заручившись согласием пациента, сбрить их. **Выполнение процедуры.** 1. Приготовить фитиль, скрутив вату на корнцанг. 2. Нанести на кожу тонкий слой вазелина. 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. Удержать фитиль в полости банки 2—3 сек, извлечь его и быстрым движением приставить банку к коже пациента. 7. Повторить этапы 5-6 необходимое, по числу банок, количество раз. 8. Потушить фитиль, погрузив его в воду. 9. Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть одеялом 10. Через 3—5 минут 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. **Окончание процедуры.** 1. 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). 2. Салфеткой удалить с кожи пациента остатки вазелина. 3. Помочь пациенту одеться, укрыть одеялом и предупредить, чтобы он оставался в постели еще не менее 30 мин. 4. Банки поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
5	Особенности 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. При постановке банок лицам, имеющим психические нарушения, необходимо установить постоянный надзор со стороны младшего медицинского персонала. Альтернативными способами постановки банок являются использование: Силиконовых банок, позволяющих после сжатия и контакта с поверхностью кожи пациента создавать дозированное разряжение до 0,5 бар. Для этого: - сдавить корпус банки, достигая уменьшения объема внутренней полости - приложить банку к выбранному месту, обеспечивая плотный контакт плоскости горлышка с кожей пациента. - отпустить корпус банки. Методов аппаратной вакуум-терапии, при которых разрежение в полости банки достигается использованием механического или электрического насоса. Использование аппаратов вакуум-терапии производится в соответствии с инструкцией производителя.
6	Оценка достигнутых результатов	Все поставленные банки находятся на коже в течение всей процедуры. При проведении процедуры пациент не испытывает выраженных болевых ощущений. После удаления банок на коже визуально определяются гематомы круглой формы, рельефно поднимающиеся над поверхностью кожи. Целостность кожных покровов пациента не нарушена. 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
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации

Постановка газоотводной трубки

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использование перчаток
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	стерильная мягкая резиновая трубка (40—50 см, d 3—5 мм) с закруглённым концом подкладное судно вазелин дезинфицирующее средство антисептическое средство для обработки рук персонала ширма подкладная клеёнка непромокаемый мешок марлевая салфетка туалетная бумага перчатки нестерильные фартук влагонепроницаемый. мыло жидкое одноразовое полотенце для рук персонала шпатель емкость для дезинфекции

3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация о постановке газоотводной трубки, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе 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.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в палате). 3. Помочь пациенту лечь ближе к краю кровати на левый бок, слегка привести ноги к животу, предварительно положив под него клеенку. 4. Поставить рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Надеть фартук, перчатки. 7. Закруглённый конец трубки смазать вазелином на протяжении 30 см. **Выполнение процедуры:** 1. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а наружный конец зажать 4 и 5 пальцем. 2. Раздвинуть ягодицы 1-2 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. 3. Опустить свободный конец трубки в судно с водой. Оставить трубку в кишечнике на 1 час до полного отхождения газов. 4. Накрыть пациента простынёй или одеялом. **Окончание процедуры:** 1. Извлечь газоотводную трубку по достижении эффекта. 2. Поместить трубку в емкость с дезинфицирующим средством. 3. Вытереть заднепроходное отверстие пациента салфеткой (туалетной бумагой) в направлении спереди назад (у женщин), поместить салфетку в емкость для дезинфекции. 4. Убрать судно, клеёнку в непромокаемый мешок для транспортировки к месту дезинфекции. 5. Пациента уложить в удобное положение. 6. Снять перчатки. Поместить их в емкость для дезинфекции. 7. Снять фартук. Поместить его в непромокаемый мешок для транспортировки к месту дезинфекции. 8. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	Время нахождения трубки не должно превышать 1-го часа, во избежание развития пролежня прямой кишки. Для новорожденных детей газоотводная трубка оставляется на 30 мин.

		Если пациенту противопоказано положение на боку, газоотводную трубку можно ставить в положении лежа на спине при согнутых коленях и несколько раздвинутых ногах. При выполнении процедуры необходимо контролировать отхождение газов и самочувствие пациента каждые 15 минут, т.к. возможна закупорка трубки каловыми массами. При неэффективности процедуры повторить её через 1—2 часа, используя другую стерильную газоотводную трубку. Введение газоотводной трубки в зависимости от возраста от 10 до 30 см. Глубина введения газоотводной трубки детям до 1 года — 5—8 см; от 1 до 3 лет -8—10 см; от 3 до 7 лет 10—15 см; старшим детям 20 — 30 см;
6	Оценка достигнутых результатов	Пациент не будет испытывать кишечные колики, дискомфорт в кишечнике. 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.
7	Оформление медицинской документации	

Постановка горчичников

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Горчичники Антисептическое средство для обработки рук персонала Дезинфицирующее средство Пеленка Часы Салфетка Емкость для воды Мыло Термометр водный Одноразовое полотенце для рук персонала
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящем 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.
4	Алгоритм	**Подготовка к процедуре:**

	действий	1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру- 2. Уточнить отсутствие аллергии на горчицу. В случае наличия аллергии — обратиться к врачу. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4. Осмотреть кожу на предмет отсутствия повреждений, гнойничков, сыпи. 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 теплую (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. Обнажить место постановки горчичников. 8. Выбрать место для постановки горчичников. 9. Для детей грудного возраста расстелить одеяло, пеленку, подгузник, сверху еще одну пеленку, сложенную в несколько слоев. Распеленать (раздеть) ребенка и положить на подготовленные пеленки. **Выполнение процедуры:** 1. Погрузить горчичник в теплую воду не менее чем на 3 сек, дать ей стечь. 2. Плотно приложить горчичник к коже стороной, покрытой горчицей. Для ребенка грудного

		возраста — положить горчичники черепицей между первым и вторым слоями пеленки горчичной стороной вверх. Горчичники расположить так, чтобы они оставляли свободными позвоночник и область сердца, обернуть пеленку с горчичниками вокруг грудной клетки. 3. Повторить пункты 1—2, размещая нужное количество горчичников на коже. 4. Укрыть пациента пеленкой, затем одеялом. 5. Уточнить ощущения пациента и степень гиперемии через 3—5 минут. 6. Оставить горчичники на 10—15 минут, учитывая индивидуальную чувствительность пациента к горчице. **Окончание процедуры:** 1. При появлении стойкой гиперемии или нестерпимого жжения (через 10—15 минут) снять горчичники и положить их в приготовленный лоток для использованных материалов. 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 минут и в этот день не принимал ванну или душ. 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения	Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожог

<table>
<tr><td></td><td>методики</td><td>кожи с образованием пузырей.

Места постановки горчичников зависят от показаний.

При повышенной чувствительности кожи горчичники накладывают через бумагу или ткань, при этом сохраняется только тепловой эффект

Избегать постановки горчичников на область сосков, молочных желез, позвоночника, родимых пятен.

При постановке горчичников пациентам, имеющим психические нарушения, необходим постоянный надзор со стороны младшего медицинского персонала.</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Оценка достигнутых результатов</td><td><table>
<tr><td>Результат</td><td>Оценка</td></tr>
<tr><td>Гиперемия кожи, чувство жжения</td><td>Процедура выполнена правильно</td></tr>
<tr><td>Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td><td>Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут</td></tr>
<tr><td>Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td><td>Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников</td></tr>
<tr><td colspan="2">Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации

Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)

Отсутствие осложнений

Удовлетворенность пациента качеством предоставленной услуги.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>7</td><td>Оформление медицинской документации</td><td>Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации</td></tr>
</table>

Постановка очистительной клизмы

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использование перчаток
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	• кружка Эсмарха • соединительная трубка • зажим штатив ректальный наконечник стерильный кушетка медицинская подкладное судно вазелин антисептическое средство для обработки рук персонала дезинфицирующее средство жидкое мыло одноразовое полотенце для рук персонала водный термометр емкость с водой (t 20° С) туалетная бумага ширма перчатки нестерильные фартук клеенчатый

		клеенка шпатель емкость для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он находится в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных ли на данную процедуру не требуется. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре.** 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедится в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Надеть фартук и перчатки. 4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник. 5. Налить в кружку Эсмарха 1—1,5 литра воды температурой 20^{o} С 6. Заполнить систему водой. 7. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75—100 см. 8. Смазать наконечник вазелином. **Выполнение процедуры.** 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. Если пациент по состоянию здоровья находится в палате предварительно огородить его ширмой. 2. Выпустить воздух из системы. 3. Развести одной рукой ягодицы пациента. 4. Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя его сначала на 3—4 см по направлению к пупку, а затем 8—10 см параллельно позвоночнику. 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 ни 8. Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5—10 мин 9. Проводить пациента в туалетную комнату или подать судно при проявлении позывов на дефекацию. 10. Обеспечить пациента туалетной бумагой. 11. По окончании процедуры необходимо проводить пациента в палату или подмыть его. **Окончание процедуры.** 1. Разобрать систему, наконечник поместить в емкость для дезинфекции. 2. Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции. 3. Обработать руки гигиеническим способом,

		осушить. 4. Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию.
5	Особенности выполнения методики	Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста пациента от 2—3 см новорожденному до 12-15 см взрослому. Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому. При жалобах пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Для пациентов с психическими нарушениями необходимо организовать постоянное наблюдение со стороны младшего медицинского персонала. Детям очистительная клизма проводится с помощью стерильных резиновых (клизменных) баллончиков (№ 1—6); необходимое количество жидкости при этом составляет: до 3 месяцев — 50—60 мл; до 12 месяцев — 100—150 мл; до 2-х лет — 200 мл; от 2 до 9 лет — до 400 мл; от 9 лет — 500 мл и более.
6	Оценка достигнутых результатов	У пациента происходит очищение нижнего отдела толстого кишечника до чистых вод. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений. Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения

		процедуры. Наличие записи о выполнении манипуляции в медицинской документации.
7	Оформление медицинской документации	Запись о выполнении манипуляции в медицинской документации.

Постановка сифонной клизмы

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование средств индивидуальной защиты
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Стерильные: система для сифонной клизмы резиновая трубка длиной 1,5 м, диаметром 1,5 см, воронка емкостью 1 литр, соединительная трубка Лоток Шпатель Ковш Емкость для промывных вод. Вазелин Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство Перчатки латексные 2 пары. Клеенчатый фартук Маска Халат Жидкое мыло Емкость с водой температурой +25—30°С 10—12 л. Клеенка

		Большая пеленка Одноразовое полотенце для рук персонала Таз для промывных вод Туалетная бумага Емкость для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры 2. Убедиться в наличии информированного согласия пациента на предстоящую процедуру и в отсутствии противопоказаний. 3. Измерить пациенту АД, пульс. Пригласить в клизменную. 4. Обработать руки гигиеническим способом. 5. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки. 6. Положить на кушетку клеенку так, чтобы она свисала в таз для промывных вод, сверху клеенки постелить пеленку.

		7. Помочь пациенту лечь на левый бок, попросить согнуть ноги в коленях и слегка привести к животу. 8. Приготовить систему, смазать слепой конец трубки вазелином на протяжении 30-40см **Выполнение процедуры** 1. Раздвинуть ягодицы пациента 1—2 пальцами левой руки, постепенно ввести вращательными движениями слепой конец трубки в кишечник на глубину 30—40 см, на свободный конец трубки надеть воронку. 2. Опустить воронку ниже уровня тела пациента, держать ее слегка наклонно, наполнить водой в объеме 1 л. 3. Поднять медленно воронку на 0,5-1 метр так, чтобы вода уходила в кишечник до тех пор, пока уровень воды в воронке не достигнет ее устья. 4. Быстро опустить воронку ниже уровня пациента. Подождать, пока вода заполнит воронку доверху, слить содержимое в емкость для промывных вод. 5. Повторить п.п. 2, 3,4, проведя промывание до чистых промывных вод. 6. Контролировать состояние пациента. **Окончание процедуры** 1. Воронку снять, положить в контейнер с дезинфицирующим раствором. Трубку оставить в кишечнике на 15—20 минут, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов. 2. Через салфетку, смоченную дезинфицирующим раствором, удалить трубку. Обработать область анального отверстия туалетной бумагой или

		гигиенической салфеткой. 3. Провести туалет промежности. 4. Снять перчатки, маску, фартук, клеенку, пеленку, трубку поместить в емкость для дезинфекции. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Проводить пациента в палату, удобно уложить, тепло укрыть. 7. Проконтролировать АД, пульс, общее самочувствие в течение 2-х часов.
5	Особенности выполнения методики	Процедура проводится в присутствии врача Противопоказаниями к процедуре являются: кровоточащий геморрой, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки заднего прохода, трещины в области заднего прохода или выпадение прямой кишки. При отравлениях — взять из первой порции промывных вод содержимое для анализа на бактериологическое исследование. Учитывать количество введенной и выведенной жидкости.
6	Оценка достигнутых результатов	Очищение кишечника до чистых промывных вод Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги

7	Оформление медицинской документации	

Постановка согревающего компресса

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	Обеспечение безопасной больничной среды для пациента и персонала.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Почкообразный лоток (или чашка Петри) Ножницы Бинт 7х14 Вата 8-ми слойная марлевая салфетка. Компрессная бумага или клеенка. Спирт 40° — 25 мл. Кожный антисептик Жидкое туалетное мыло Бумажные полотенца для рук Ёмкость для сбора отходов класса «А»
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели 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.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре:** 1. Провести идентификацию пациента на основании

		медицинской документации. 2. Представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Получить его согласие. 3. Предупредить о возможных ощущениях. 4. Усадить пациента на кушетку (стул). 5. Провести гигиеническую обработку рук. 6. Осмотреть кожные покровы пациента на месте постановки компресса. 7. В лоток (или чашку Петри) налить 20-25 мм 40% спирта. **Выполнение манипуляции:** Попросить пациента закрыть глаза. Салфетку, сложенную в 8 слоев, смочить в 40% спирте, хорошо отжать её в лотке (чашке Петри), положить на кожу века. Поверх салфетки положить компрессную бумагу по периметру на 2 см больше салфетки. Сверху накрыть слоем ваты по периметру больше на 2 см, чем компрессная бумага. Толщина слоя ваты 1,5-2 см. Зафиксировать компресс бинтом. Проинформировать пациента о длительности процедуры (4-6 ч). Через 30 мин уточнить у пациента характер ощущения и проверить правильность наложения компресса, подведя палец под марлевую салфетку(при правильно наложенном компрессе салфетка должна оставаться влажной в течении 4-6 ч). **Окончание процедуры:** 1. Снять компресс.

		2. Использованный перевязочный материал поместить в ёмкость для отходов класса «А». 3. Наложить на глаз сухую ватно-марлевую повязку. 4. Провести гигиеническую обработку рук. 5. Зарегистрировать выполненную процедуру в учетной документации.
5	Особенности выполнения методики	-
6	Оценка достигнутых результатов	Согревающий эффект достигнут. соблюдение технологии выполнения услуги; своевременность выполнения процедуры; отсутствие осложнений; обеспечение антиинфекционной защиты медицинской технологии; наличие записи о выполнении назначения в медицинской карте; удовлетворенность пациента качеством предоставленной услуги
7	Оформление медицинской документации	

Зарегистрировано в Минюсте РФ 4 октября 2010 г. N 18608

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 23 августа 2010 г. N 706н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ХРАНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В соответствии со статьей 58 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 16, ст. 1815; N 31, ст. 4161) приказываю:

1. Утвердить Правила хранения лекарственных средств согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

разделы 1 и 2, пункты 3.1 - 3.4, 3.6 и 3.7 раздела 3, разделы 4 - 7, 12 и 13 Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 1996 г. N 377 "Об утверждении требований к организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения" (зарегистрирован Минюстом России 22 ноября 1996 г. N 1202).

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 23 августа 2010 г. N 706н

ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

I. Общие положения

1. Настоящие Правила устанавливают требования к помещениям для хранения лекарственных средств для медицинского применения (далее - лекарственные средства), регламентируют условия хранения указанных лекарственных средств и распространяются на производителей лекарственных средств, организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации, медицинские и иные организации, осуществляющие деятельность при обращении лекарственных средств, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность (далее соответственно - организации, индивидуальные предприниматели).

II. Общие требования к устройству и эксплуатации помещений хранения лекарственных средств

2. Устройство, состав, размеры площадей (для организаций оптовой торговли лекарственными средствами), эксплуатация и оборудование помещений для хранения лекарственных средств должны обеспечивать их сохранность.

3. В помещениях для хранения лекарственных средств должны поддерживаться определенные температура и влажность воздуха, позволяющие обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке требованиями производителей лекарственных средств.

4. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оборудованы кондиционерами и другим оборудованием, позволяющим обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке

требованиями производителей лекарственных средств, либо помещения рекомендуется оборудовать форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверьми.

5. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть обеспечены стеллажами, шкафами, поддонами, подтоварниками.

6. Отделка помещений для хранения лекарственных средств (внутренние поверхности стен, потолков) должна быть гладкой и допускать возможность проведения влажной уборки.

III. Общие требования к помещениям для хранения лекарственных средств и организации их хранения

7. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оснащены приборами для регистрации параметров воздуха (термометрами, гигрометрами (электронными гигрометрами) или психрометрами). Измерительные части этих приборов должны размещаться на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов. Приборы и (или) части приборов, с которых производится визуальное считывание показаний, должны располагаться в доступном для персонала месте на высоте 1,5 - 1,7 м от пола.

Показания этих приборов должны ежедневно регистрироваться в специальном журнале (карте) регистрации на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией (для электронных гигрометров), который ведется ответственным лицом. Журнал (карта) регистрации хранится в течение одного года, не считая текущего. Контролирующие приборы должны быть сертифицированы, калиброваны и подвергаться поверке в установленном порядке.

8. В помещениях для хранения лекарственные средства размещают в соответствии с требованиями нормативной документации, указанной на упаковке лекарственного препарата, с учетом:

физико-химических свойств лекарственных средств;

фармакологических групп (для аптечных и медицинских организаций);

способа применения (внутреннее, наружное);

агрегатного состояния фармацевтических субстанций (жидкие, сыпучие, газообразные).

При размещении лекарственных средств допускается использование компьютерных технологий (по алфавитному принципу, по кодам).

9. Отдельно, в технически укрепленных помещениях, соответствующих требованиям Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 2, ст. 219; 2002, N 30, ст. 3033; 2003, N 2, ст. 167, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 43, ст. 4412; 2007, N 30, ст. 3748, N 31, ст. 4011; 2008, N 52 (ч. I), ст. 6233; 2009, N 29, ст. 3614; 2010, N 21, ст. 2525, N 31, ст. 4192), хранятся:

наркотические и психотропные лекарственные средства;

сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства, находящиеся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами.

10. Стеллажи (шкафы) для хранения лекарственных средств в помещениях для хранения лекарственных средств должны быть установлены таким образом, чтобы обеспечить доступ к лекарственным средствам, свободный проход персонала и, при необходимости, погрузочных устройств, а также доступность стеллажей, стен, пола для уборки.

Стеллажи, шкафы, полки, предназначенные для хранения лекарственных средств, должны быть пронумерованы.

Хранящиеся лекарственные средства должны быть также идентифицированы с помощью стеллажной карты, содержащей информацию о хранящемся лекарственном средстве (наименование, форма выпуска и дозировка, номер серии, срок годности, производитель лекарственного средства). При использовании компьютерных технологий допускается идентификация при помощи кодов и электронных устройств.

11. В организациях и у индивидуальных предпринимателей необходимо вести учет лекарственных средств с ограниченным сроком годности на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией. Контроль за своевременной реализацией лекарственных средств с ограниченным сроком годности должен осуществляться с использованием компьютерных технологий, стеллажных карт с указанием наименования лекарственного средства, серии, срока годности либо журналов учета сроков годности. Порядок ведения учета указанных лекарственных средств устанавливается руководителем организации или индивидуальным предпринимателем.

12. При выявлении лекарственных средств с истекшим сроком годности они должны храниться отдельно от других групп лекарственных средств в специально выделенной и обозначенной (карантинной) зоне.

IV. Требования к помещениям для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств

и организации их хранения

13. Помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств должны полностью соответствовать действующим нормативным документам.

14. С целью обеспечения хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств по принципу однородности в соответствии с их физико-химическими, пожароопасными свойствами и характером упаковки, помещения для хранения организаций оптовой торговли лекарственными средствами и производителей лекарственных средств (далее - складские помещения) разбиваются на отдельные помещения (отсеки) с пределом огнестойкости строительных конструкций не менее 1 часа.

15. Необходимое для фасовки и изготовления лекарственных препаратов для медицинского применения на одну рабочую смену количество огнеопасных лекарственных средств допускается содержать в производственных и иных помещениях. Оставшееся количество огнеопасных лекарственных средств по окончании работы в конце смены передается следующей смене или возвращается на место основного хранения.

16. Полы складских помещений и разгрузочных площадок должны иметь твердое, ровное покрытие. Запрещается применять доски и железные листы для выравнивания полов. Полы должны обеспечивать удобное и безопасное передвижение людей, грузов и транспортных средств, обладать достаточной прочностью и выдерживать нагрузки от хранимых материалов, обеспечивать простоту и легкость уборки складского помещения.

17. Складские помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств должны быть оборудованы несгораемыми и устойчивыми стеллажами и поддонами, рассчитанными на соответствующую нагрузку. Стеллажи устанавливаются на расстоянии 0,25 м от пола и стен, ширина стеллажей не должна превышать 1 м и иметь, в случае хранения фармацевтических субстанций, отбортовки не менее 0,25 м. Продольные проходы между стеллажами должны быть не менее 1,35 м.

18. Для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств в аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей выделяются изолированные помещения, оборудуемые средствами автоматической пожарной защиты и сигнализацией (далее - помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств).

19. В аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей допускается хранение фармацевтических субстанций, обладающих легковоспламеняющимися и горючими свойствами, в объеме до 10 кг вне помещений для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств во встроенных несгораемых шкафах. Шкафы должны быть удалены от тепловыводящих поверхностей и проходов, с дверьми шириной не менее 0,7 м и высотой не менее 1,2 м. К ним должен быть организован свободный доступ.

Допускается хранение взрывоопасных лекарственных препаратов для медицинского применения (во вторичной (потребительской) упаковке) для использования на одну рабочую смену в металлических шкафах вне помещений для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств.

20. Количество огнеопасных лекарственных средств, допустимое для хранения в помещениях для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств, расположенных в зданиях другого назначения, не должно превышать 100 кг в нерасфасованном виде.

Помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств, используемые для хранения легковоспламеняющихся фармацевтических субстанций в количестве свыше 100 кг, должны находиться в отдельно стоящем здании, а само хранение должно осуществляться в стеклянной или металлической таре изолированно от помещений для хранения огнеопасных лекарственных средств других групп.

21. В помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств запрещается входить с открытыми источниками огня.

V. Особенности организации хранения лекарственных средств в складских помещениях

22. Лекарственные средства, хранящиеся в складских помещениях, должны размещаться на стеллажах или на подтоварниках (поддонах). Не допускается размещение лекарственных средств на полу без поддона.

Поддоны могут располагаться на полу в один ряд или на стеллажах в несколько ярусов, в зависимости от высоты стеллажа. Не допускается размещение поддонов с лекарственными средствами в несколько рядов по высоте без использования стеллажей.

23. При ручном способе разгрузочно-погрузочных работ высота укладки лекарственных средств не должна превышать 1,5 м.

При использовании механизированных устройств для проведения разгрузочно-погрузочных работ лекарственные средства должны храниться в несколько ярусов. При этом общая высота размещения лекарственных средств на стеллажах не должна превышать возможности механизированных погрузочно-разгрузочных средств (подъемники, автокары, тали).

VI. Особенности хранения отдельных групп лекарственных средств в зависимости от физических и физико-химических свойств, воздействия на них различных факторов внешней среды

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от действия света

24. Лекарственные средства, требующие защиты от действия света, хранятся в помещениях или специально оборудованных местах, обеспечивающих защиту от естественного и искусственного освещения.

25. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от действия света, следует хранить в таре из светозащитных материалов (стеклянной таре оранжевого стекла, металлической таре, упаковке из алюминиевой фольги или полимерных материалов, окрашенных в черный, коричневый или оранжевый цвета), в темном помещении или шкафах.

Для хранения особо чувствительных к свету фармацевтических субстанций (нитрат серебра, прозерин) стеклянную тару оклеивают черной светонепроницаемой бумагой.

26. Лекарственные препараты для медицинского применения, требующие защиты от действия света, упакованные в первичную и вторичную (потребительскую) упаковку, следует хранить в шкафах или на стеллажах при условии принятия мер для предотвращения попадания на указанные лекарственные препараты прямого солнечного света или иного яркого направленного света (использование светоотражающей пленки, жалюзи, козырьков и др.).

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия влаги

27. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от воздействия влаги, следует хранить в прохладном месте при температуре до +15 град. С (далее - прохладное место), в плотно укупоренной таре из материалов, непроницаемых для паров воды (стекла, металла, алюминиевой фольги, толстостенной пластмассовой таре) или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя.

28. Фармацевтические субстанции с выраженными гигроскопическими свойствами следует хранить в стеклянной таре с герметичной укупоркой, залитой сверху парафином.

29. Во избежание порчи и потери качества следует организовать хранение лекарственных средств в соответствии с требованиями, нанесенными в виде предупреждающих надписей на вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от улетучивания и высыхания

30. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от улетучивания и высыхания (собственно летучие лекарственные средства; лекарственные средства, содержащие летучий растворитель (спиртовые настойки, жидкие спиртовые концентраты, густые экстракты); растворы и смеси летучих веществ (эфирные масла, растворы аммиака, формальдегида, хлористого водорода свыше 13%, карболовой кислоты, этиловый спирт различной концентрации и др.); лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла; лекарственные средства, содержащие кристаллизационную воду, - кристаллогидраты; лекарственные средства, разлагающиеся с образованием летучих продуктов (йодоформ, перекись водорода, гидрокарбонат натрия); лекарственные средства с определенным нижним пределом влагосодержания (сульфат магния, парааминосалицилат натрия, сульфат натрия)), следует хранить в прохладном месте, в герметически укупоренной таре из непроницаемых для улетучивающихся веществ материалов (стекла, металла, алюминиевой фольги) или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя. Применение полимерной тары, упаковки и укупорки допускается в соответствии с требованиями государственной фармакопеи и нормативной документации.

31. Фармацевтические субстанции - кристаллогидраты следует хранить в герметично укупоренной стеклянной, металлической и толстостенной пластмассовой таре или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя в условиях, соответствующих требованиям нормативной документации на данные лекарственные средства.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры

32. Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры (термолабильные лекарственные средства), организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять в соответствии с температурным режимом, указанным на первичной и вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства в соответствии с требованиями нормативной документации.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия пониженной температуры

33. Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия пониженной температуры (лекарственные средства, физико-химическое состояние которых после замерзания изменяется и при последующем согревании до комнатной температуры не восстанавливается (40% раствор формальдегида, растворы инсулина)), организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять в соответствии с температурным режимом, указанным на первичной и вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства в соответствии с требованиями нормативной документации.

34. Замерзание препаратов инсулина не допускается.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия газов, содержащихся в окружающей среде

35. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от воздействия газов (вещества, реагирующие с кислородом воздуха: различные соединения алифатического ряда с непредельными межуглеродными связями, циклические с боковыми алифатическими группами с непредельными межуглеродными связями, фенольные и полифенольные, морфин и его производные с незамещенными гидроксильными группами; серосодержащие гетерогенные и гетероциклические соединения, ферменты и органопрепараты; вещества, реагирующие с углекислым газом воздуха: соли щелочных металлов и слабых органических кислот (барбитал натрий, гексенал), лекарственные препараты, содержащие многоатомные амины (эуфиллин), окись и перекись магния, едкий натрий, едкий калий), следует хранить в герметически укупоренной таре из материалов, непроницаемых для газов, по возможности заполненной доверху.

Хранение пахучих и красящих лекарственных средств

36. Пахучие лекарственные средства (фармацевтические субстанции как летучие, так и практически нелетучие, но обладающие сильным запахом) следует хранить в герметически закрытой таре, непроницаемой для запаха.

37. Красящие лекарственные средства (фармацевтические субстанции, которые оставляют окрашенный след, не смываемый обычной санитарно-гигиенической обработкой, на таре, укупорочных средствах, оборудовании и инвентаре (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, индигокармин)) следует хранить в специальном шкафу в плотно укупоренной таре.

38. Для работы с красящими лекарственными средствами для каждого наименования необходимо выделять специальные весы, ступку, шпатель и другой необходимый инвентарь.

Хранение дезинфицирующих лекарственных средств

39. Дезинфицирующие лекарственные средства следует хранить в герметично укупоренной таре в изолированном помещении вдали от помещений хранения пластмассовых, резиновых и металлических изделий и помещений получения дистиллированной воды.

Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

40. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения осуществляется в соответствии с требованиями государственной фармакопеи и нормативной документации, а также с учетом свойств веществ, входящих в их состав.

41. При хранении в шкафах, на стеллажах или полках лекарственные препараты для медицинского применения во вторичной (потребительской) упаковке должны быть размещены этикеткой (маркировкой) наружу.

42. Организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять хранение лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями к их хранению, указанными на вторичной (потребительской) упаковке указанного лекарственного препарата.

Хранение лекарственного растительного сырья

43. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье должно храниться в сухом (не более 50% влажности), хорошо проветриваемом помещении в плотно закрытой таре.

44. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла, хранится изолированно в хорошо укупоренной таре.

45. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье должно подвергаться периодическому контролю в соответствии с требованиями государственной фармакопеи. Трава, корни, корневища, семена, плоды, утратившие нормальную окраску, запах и требуемое количество действующих веществ, а также пораженные плесенью, амбарными вредителями, бракуют.

46. Хранение лекарственного растительного сырья, содержащего сердечные гликозиды, осуществляется с соблюдением требований государственной фармакопеи, в частности, требования о повторном контроле на биологическую активность.

47. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье, включенное в списки сильнодействующих и ядовитых веществ, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. N 964 "Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 2, ст. 89; 2010, N 28, ст. 3703), хранится в отдельном помещении или в отдельном шкафу под замком.

48. Расфасованное лекарственное растительное сырье хранится на стеллажах или в шкафах.

Хранение медицинских пиявок

49. Хранение медицинских пиявок осуществляется в светлом помещении без запаха лекарств, для которого устанавливается постоянный температурный режим.

50. Содержание пиявок осуществляется в установленном порядке.

Хранение огнеопасных лекарственных средств

51. Хранение огнеопасных лекарственных средств (лекарственные средства, обладающие легковоспламеняющимися свойствами (спирт и спиртовые растворы, спиртовые и эфирные настойки, спиртовые и эфирные экстракты, эфир, скипидар, молочная кислота, хлорэтил, коллодий, клеол, жидкость Новикова, органические масла); лекарственные средства, обладающие легкогорючими свойствами (сера, глицерин, растительные масла, лекарственное растительное сырье)) должно осуществляться отдельно от других лекарственных средств.

52. Легковоспламеняющиеся лекарственные средства хранят в плотно укупоренной прочной, стеклянной или металлической таре, чтобы предупредить испарение жидкостей из сосудов.

53. Бутыли, баллоны и другие крупные емкости с легковоспламеняющимися и легкогорючими лекарственными средствами должны храниться на полках стеллажей в один ряд по высоте. Запрещается их хранение в несколько рядов по высоте с использованием различных прокладочных материалов.

Не допускается хранение указанных лекарственных средств у отопительных приборов. Расстояние от стеллажа или штабеля до нагревательного элемента должно быть не менее 1 м.

54. Хранение бутылей с легковоспламеняющимися и легкогорючими фармацевтическими субстанциями должно осуществляться в таре, предохраняющей от ударов, или в баллоно-опрокидывателях в один ряд.

55. На рабочих местах производственных помещений, выделяемых в аптечных организациях и индивидуальными предпринимателями, легковоспламеняющиеся и легкогорючие лекарственные средства могут храниться в количествах, не превышающих сменную потребность. При этом емкости, в которых они хранятся, должны быть плотно закрыты.

56. Не допускается хранение легковоспламеняющихся и легкогорючих лекарственных средств в полностью заполненной таре. Степень заполнения должна быть не более 90% объема. Спирты в больших количествах хранятся в металлических емкостях, заполняемых не более чем на 75% объема.

57. Не допускается совместное хранение легковоспламеняющихся лекарственных средств с минеральными кислотами (особенно серной и азотной кислотами), сжатыми и сжиженными газами, легкогорючими веществами (растительными маслами, серой, перевязочным материалом), щелочами, а также с неорганическими солями, дающими с органическими веществами взрывоопасные смеси (калия хлорат, калия перманганат, калия хромат и др.).

58. Эфир медицинский и эфир для наркоза хранят в промышленной упаковке, в прохладном, защищенном от света месте, вдали от огня и нагревательных приборов.

Хранение взрывоопасных лекарственных средств

59. При хранении взрывоопасных лекарственных средств (лекарственные средства, обладающие взрывчатыми свойствами (нитроглицерин); лекарственные средства, обладающие взрывоопасными свойствами (калия перманганат, серебра нитрат)) следует принимать меры против загрязнения их пылью.

60. Емкости с взрывоопасными лекарственными средствами (штангласы, жестяные барабаны, склянки и др.) необходимо плотно закрывать во избежание попадания паров этих средств в воздух.

61. Хранение нерасфасованного калия перманганата допускается в специальном отсеке складских помещений (где он хранится в жестяных барабанах), в штангласах с притертыми пробками отдельно от других органических веществ - в аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей.

62. Нерасфасованный раствор нитроглицерина хранится в небольших хорошо укупоренных склянках или металлических сосудах в прохладном, защищенном от света месте, с соблюдением мер предосторожности от огня. Передвигать посуду с нитроглицерином и отвешивать этот препарат следует в условиях, исключающих пролив и испарение нитроглицерина, а также попадание его на кожу.

63. При работе с диэтиловым эфиром не допускается встряхивание, удары, трение.

64. Запрещается хранение взрывоопасных лекарственных средств с кислотами и щелочами.

Хранение наркотических и психотропных лекарственных средств

65. Наркотические и психотропные лекарственные средства хранятся в организациях в изолированных помещениях, специально оборудованных инженерными и техническими средствами охраны, и в местах временного хранения при соблюдении требований согласно Правилам хранения наркотических средств и психотропных веществ, установленных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 г. N 1148 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 4, ст. 394; N 25, ст. 3178).

Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету

66. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. N 964 "Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации" к сильнодействующим и ядовитым лекарственным средствам относятся лекарственные средства, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества, включенные в списки сильнодействующих веществ и ядовитых веществ.

67. Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами (далее - сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства, находящиеся под международным контролем), осуществляется в помещениях, оборудованных инженерными и техническими средствами охраны, аналогичными предусмотренным для хранения наркотических и психотропных лекарственных средств.

68. Допускается хранение в одном технически укрепленном помещении сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под международным контролем, и наркотических и психотропных лекарственных средств.

При этом хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств должно осуществляться (в зависимости от объема запасов) на разных полках сейфа (металлического шкафа) или в разных сейфах (металлических шкафах).

69. Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, не находящихся под международным контролем, осуществляется в металлических шкафах, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня.

70. Лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 декабря 2005 г. N 785 "О порядке отпуска лекарственных средств" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 16 января 2006 г. N 7353), за исключением наркотических, психотропных, сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, хранятся в металлических или деревянных шкафах, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня.

Документ предоставлен КонсультантПлюс

Утвержден и введен в действие
Приказом Федерального
агентства по техническому
регулированию и метрологии
от 30 ноября 2015 г. N 2089-ст

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

**Proper medical practice. Infological model.
Pressure ulcers**

ГОСТ Р 56819-2015

Дата введения
1 ноября 2017 года

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)

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 гг. 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 43 180 долл. США [4, 5].

Средние затраты, связанные с лечением пролежней, в больницах США составляют 14 260 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 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, гидроколлоидные, гидрогели и др.) и лекарственных (ферменты, противовоспалительные, дезинфицирующие, улучшающие регенерацию и др.) средствах, инструментарии, 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 213 915 руб., без их применения - 289 168 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	
- Истощение/ожирение; - нарушения подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность); - нарушения психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство); - анемия; - сердечная недостаточность; - обезвоживание; - гипотензия; - недержание мочи и/или кала; - нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного) и микроциркуляции; - изменение в психологическом состоянии; - бессонница; - боль; - курение	- Старческий возраст; - терминальное состояние; - дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная); - неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); - изменение сознания (спутанное сознание, кома)
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;	- Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч; - травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости; - повреждения головного и спинного мозга

- 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)	

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 Нортона 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 быстроте 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, пяток, 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	Нет	Может быть

(поверхностная язва)		
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 лежачими больными: губки, перчатки (волокнистые, 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, тонизирующий 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 вклеивать 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 (очищение раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования) или оперативное лечение (хирургическое удаление некрозов и закрытие 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 матрацев, 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	Амбулаторно: кабинет паллиативной медицинской помощи, выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи, домашние условия - стационар на дому. Отделения стационаров: травматологии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, реанимации, интенсивной терапии, сестринского ухода, общей хирургии, паллиативной медицинской помощи. Хоспис. Дома (больницы) сестринского ухода. Дома престарелых и иные организации социального обслуживания
Функциональное назначение подразделения, медицинской организации	Лечебно-профилактические Паллиативные

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 самолечения, выработать навыки по самоуходу, активизировать внутреннюю мотивацию больного за выполнение медицинских рекомендаций. Обучить больного активному перемещению, подтягиванию на перекладине или трапеции, 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. Пособие 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 матраце. Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старыми пружинными матрацами. 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 перекладывают (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

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность 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.

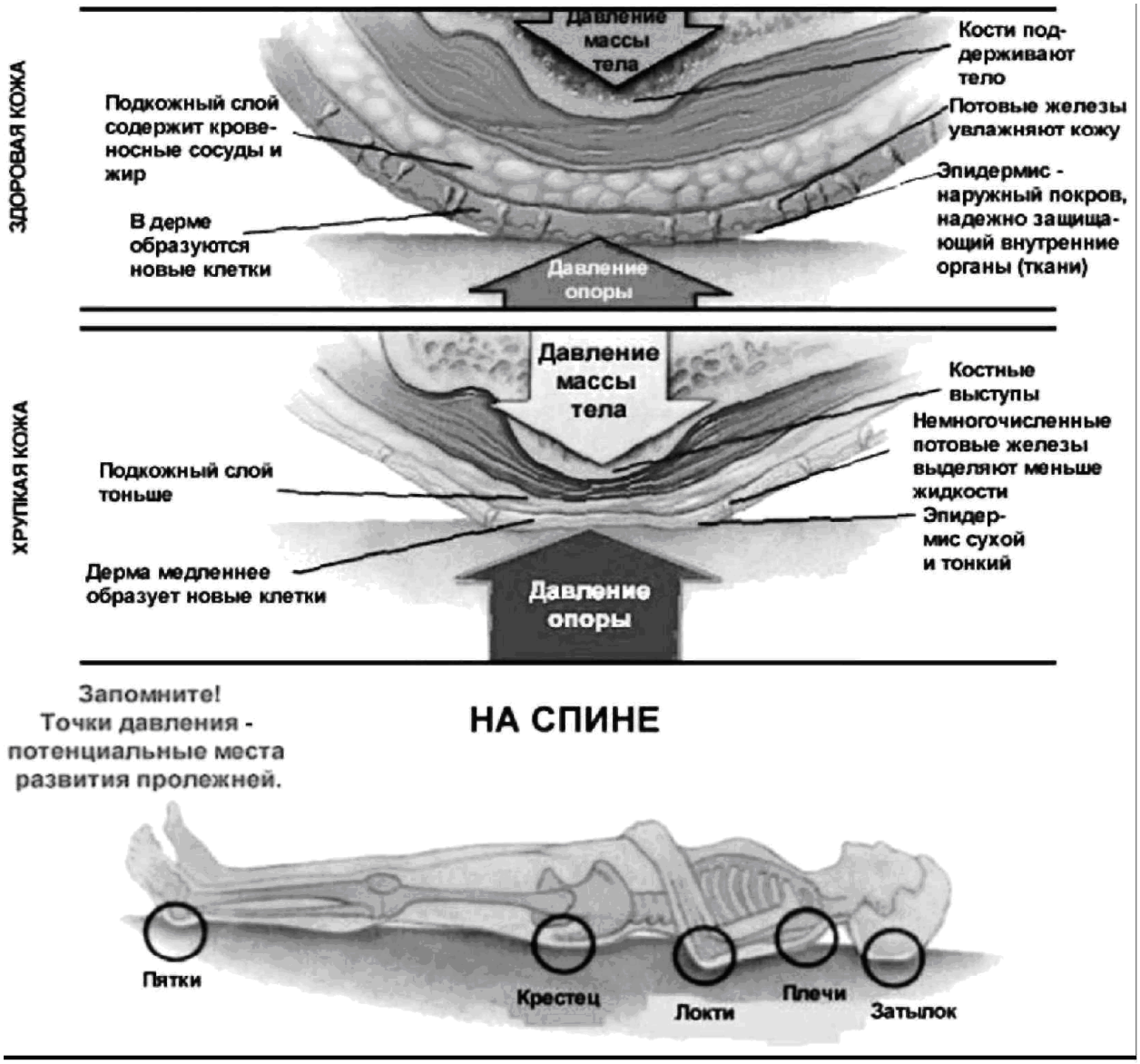
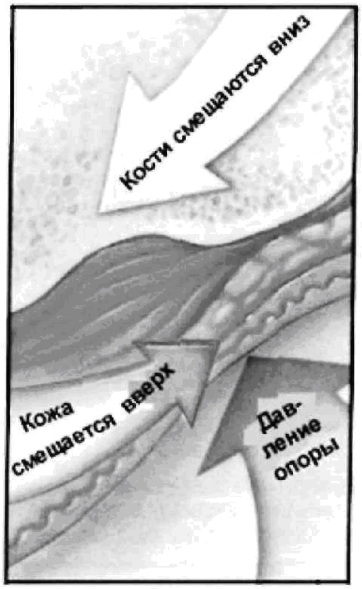


Рисунок 1. Факторы риска пролежней

СДВИГ И ТРЕНИЕ

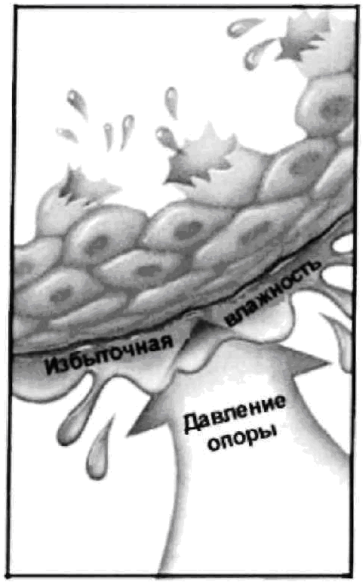
Два силовых воздействия приводят к пролежням: свиг костей вниз, а кожных покровов вверх, что сдавливает кровеносные сосуды; шероховатости опорных поверхностей могут вызвать локальные повреждения кожи при трении.



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 разрываются.

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.

Рисунок 2. Потенциальные места развития пролежней

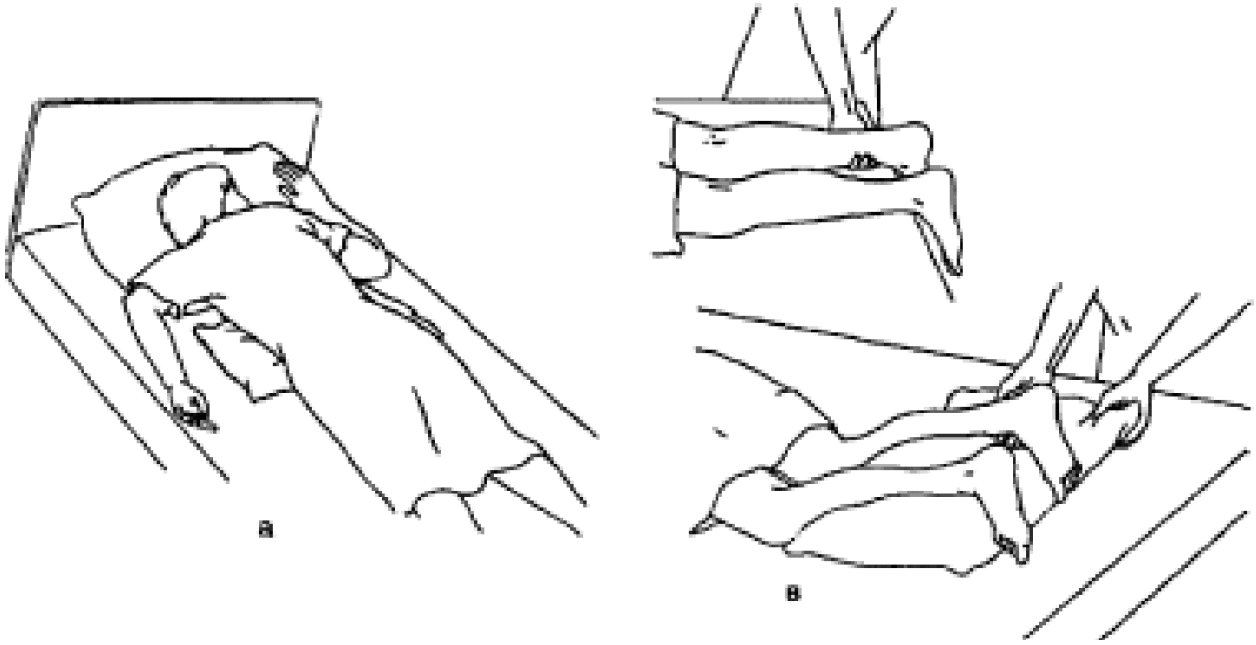
Рисунок 3. Профилактика, направленная на уменьшение давления

Рисунок 4. Профилактика, направленная на регулирование влажности

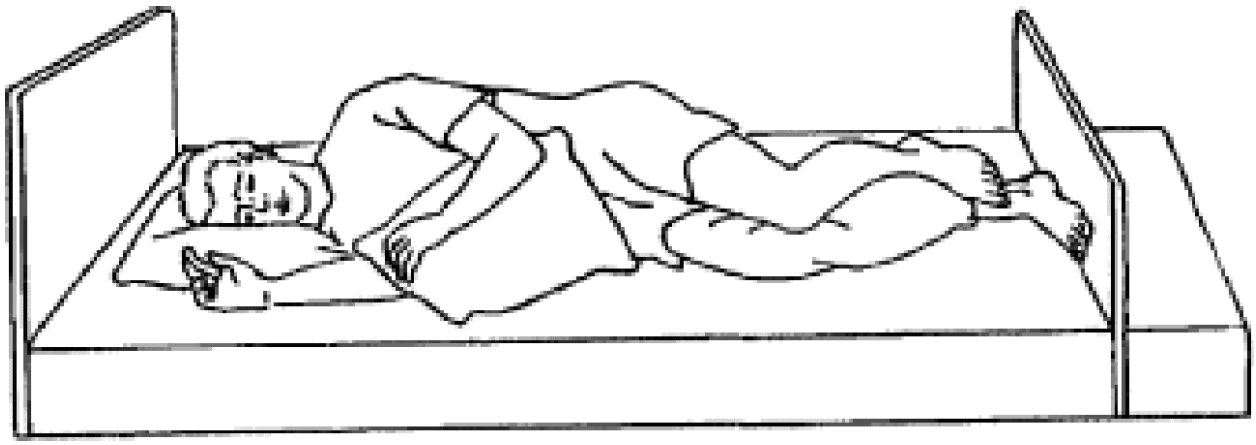
Рисунок 5. Профилактика, направленная на уменьшение сдвига и трения

Рисунок 6. Профилактика, направленная на организацию адекватного питания пациента

Положение пациента на животе



Положение пациента на боку



Положение пациента с гемиплегией на спине

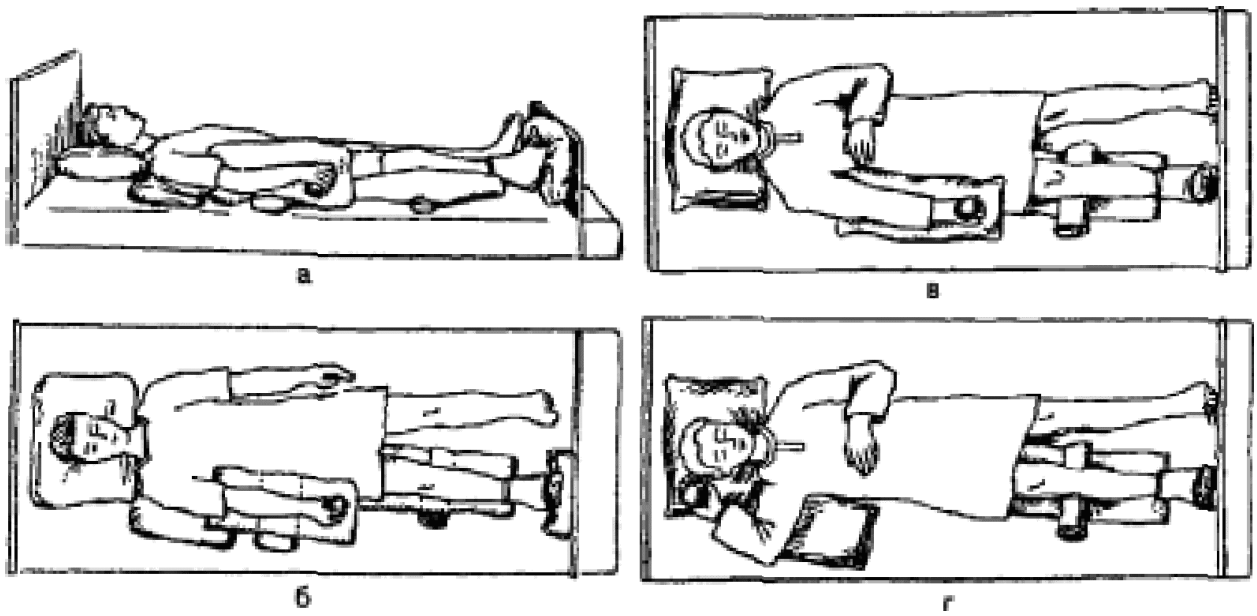
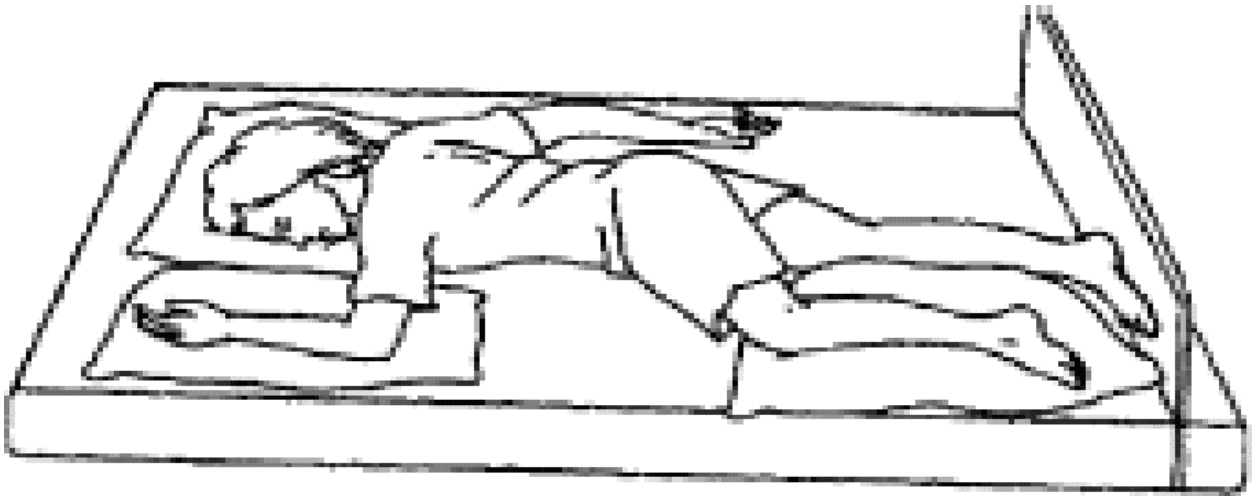
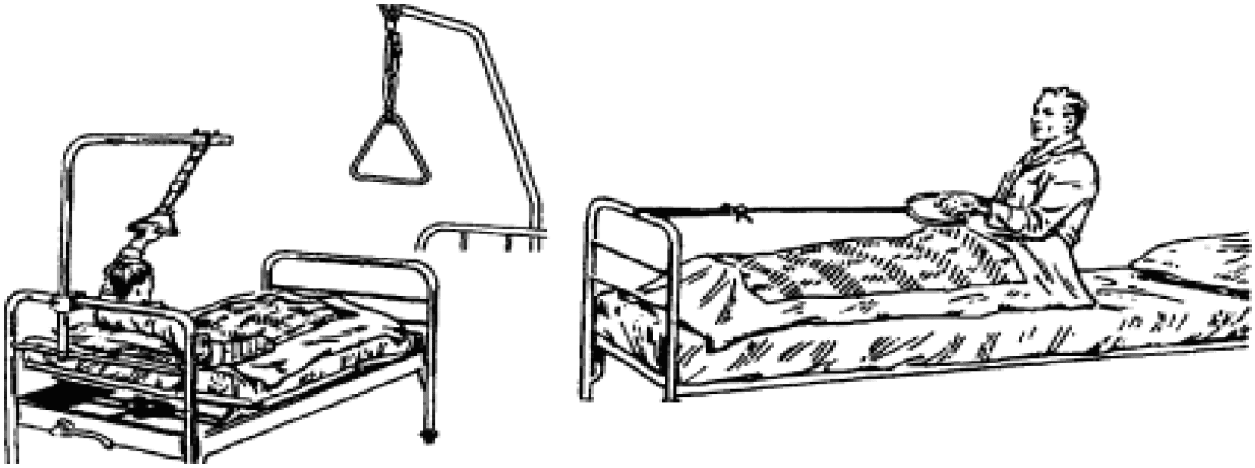


Рисунок 7. Положение пациента в зависимости
от заболевания и состояния

Положение Симса



Приспособление для самостоятельного изменения
положения в кровати



Фаулерово положение пациента:
а - угол 60°, б - угол 45°

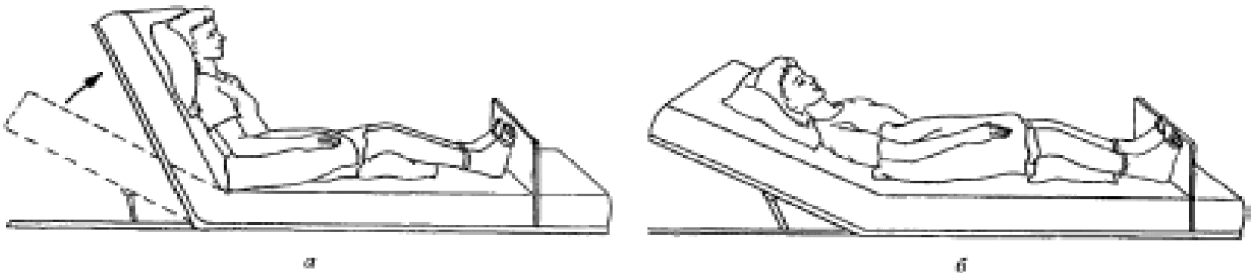


Рисунок 8. Изменение положения пациента в кровати
с использованием специальных приспособлений

6. Мониторинг модели

6.1. Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения модели.

Мониторирование проводится в медицинских организациях, оказывающих стационарную хирургическую, терапевтическую и паллиативную помощь больным.

Учреждение, ответственное за мониторирование настоящей модели, назначают в установленном порядке. Перечень медицинских организаций, в которых проводят мониторирование настоящей модели, определяет ежегодно учреждение, ответственное за мониторирование. Медицинские организации информируют о включении в перечень по мониторированию модели письменно.

Мониторирование 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 мониторировании являются:

- медицинская документация - карта пациента (приложение М);

- тарифы на медицинские услуги.

При необходимости при мониторировании модели могут быть использованы и иные медицинские и немедицинские документы.

Карты пациента (приложение М) заполняются в медицинских организациях, определенных перечнем по мониторированию, ежеквартальное течение после последовательных 10 дней третьей декады каждого первого месяца квартала (например, с 21 по 30 января) и передаются в организацию, ответственную за мониторирование, 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 мониторировании.

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 мониторировании.

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 мониторировании модели ежегодно проводится сравнение статистических данных о частоте показателей развития пролежней.

6.9. Порядок формирования отчета.

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы,

предложения по актуализации модели.

Отчет представляют в организацию, ответственную за мониторирование настоящей модели.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение А
(справочное)

УНИФИЦИРОВАННАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ УБЕДИТЕЛЬНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Унифицированная шкала оценки включает в себя:

- уровень убедительности доказательства A - доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемого утверждения;

- уровень убедительности доказательства B - относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;

- уровень убедительности доказательства C - 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 E - 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

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

Телосложение: масса тела	Балл	Тип кожи	Балл	Пол Возраст, лет	Балл	Особые факторы риска	Балл

относительно роста							
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2	Сердечная недостаточность	5
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	1	Болезни периферических сосудов	5
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2	Анемия	2
		липкая, холодный пот (повышенная температура)	1	65-74	3	Курение	1
		изменение цвета (бледная)	2	75-81	4		
		поврежденная, болезненная (трещины, пятна)	3	более 81	5		
Недержание	Балл	Подвижность	Балл	Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл
Полный контроль/через катетер	0	Полная	0	Средний	0	Диабетическая невропатия, множественный склероз, инсульт, апоплексия, моторная/сенсорная параплегия	4-6
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	5				

		(кресло-каталка)					
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

Чувствительность - возможность произвольного ответа на раздражение давлением	1. Полное отсутствие (отсутствие ответа на любое болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности практически на всем теле)	2. Грубое нарушение (слабая реакция на болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительности более чем на половине тела)	3. Частичное нарушение (имеется ответ только на сильное болевое раздражение или имеется некоторый дефицит болевой чувствительности в одной или обеих конечностях)	4. Нормальная чувствительность (нормальная реакция на болевые раздражения или отсутствие выпадений чувствительности)
Влажность кожи - степень, с которой кожа подвержена намоканию	1. Постоянно влажная (кожа постоянно влажная из-за пота, мочи и т.д., каждый раз при изменениях положения тела необходима смена белья)	2. Очень влажная (не всегда кожа влажная, необходимость в достаточно частой смене белья по мере необходимости)	3. Случайное намокание (кожа влажная из-за случайного намокания, необходимость в смене белья не больше чем 1 раз в день)	4. Редкое намокание (кожа обычно сухая, нет необходимости в дополнительной смене белья)
Активность - степень физической активности	1. Постель (не может вставать с кровати)	2. Кресло (объем ходьбы резко ограничен или отсутствует, не может выдержать вес собственного тела, нуждается в кресле или кресле-коляске)	3. Ходьба по необходимости (в течение дня ходит редко на небольшие расстояния, большую часть дня находится в кресле или кровати)	4. Ходьба (ходит за пределы палаты не меньше 2 раз в день и внутри палаты не меньше 1 ч через каждые 2 ч)
Подвижность - способность к контролю и изменениям позиции тела	1. Абсолютно неподвижен (при любом изменении положения тела или конечностей необходима помощь)	2. Значительное ограничение движений (может незначительно менять положение тела и конечностей, но объем и	3. Частичное ограничение движений (делает небольшие, но частые изменения положения тела или двигает самостоятельно	4. Без ограничений (частые изменения положения тела без посторонней помощи)

		частота движений резко ограничены)	конечностями)	
Питание - обычный прием пищи	1. Резко сниженное питание (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)	2. Сниженное питание (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)	3. Удовлетворительное питание (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)	4. Хорошее питание (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)
Трение и потертости	1. Реальная проблема (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)	2. Потенциальная проблема (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)	3. Отсутствие проблем (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)	

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). Противопролежневые 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 Нортона для оценки опасности образования пролежней

Физическое состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое	Ясное	Апатия	Спутанное	Ступор

состояние		(безучастное)		
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

1. Ф.И.О. пациента _____
2. Отделение _____
3. Клинический диагноз _____
4. Начало реализации плана ухода: дата _____ час _____ мин _____
5. Окончание реализации плана ухода: дата _____ час _____ мин _____

I. Согласие пациента на предложенный план ухода

Пациент_____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

получил разъяснение по поводу плана ухода по профилактике пролежней; получил информацию: о факторах риска развития пролежней, целях профилактических мероприятий, последствиях (осложнениях) несоблюдения всей

программы профилактики.

Пациенту предложен план ухода в соответствии с ГОСТ Р 56819-2015, даны полные разъяснения об особенностях диеты.

Пациент извещен о необходимости соблюдать всю программу профилактики, регулярно изменять положение в постели, выполнять дыхательные упражнения.

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 медсестры)

_____
(Ф.И.О. полностью)

_____
(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 противопролежневых мероприятий

Начало реализации плана ухода: дата _____ час _____ мин _____

Окончание реализации плана ухода: дата _____ час _____ мин ____

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 -
20 - 22 ч положение -	22 - 24 ч положение -
0 - 2 ч положение -	2 - 4 ч положение -
4 - 6 ч положение -	6 - 8 ч положение -
3. Гигиенические процедуры: душ ванна обтирание (мытье 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 участков _____	_____ раз (указать количество)
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 <1>: 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 900 - 1300 - 700 мл; с 1300 - 1800 - 500 мл; с 1800 - 2200 - 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;	В течение дня

- защита кожи промежности, например специальными защитными пленками и кремами, пропитанными очищающими, увлажняющими и защищающими средствами, салфетками 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	
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 противопролежневым матрацем с первого дня пребывания в стационаре	Однократно при поступлении и после оценки риска развития пролежней

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
2. Изменять положение пациента каждые 2 ч <1>: 8 - 10 ч - положение "сидя"; 10 - 12 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 12 - 14 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 14 - 16 ч - положение "сидя"; 16 - 18 ч - положение Симса; 18 - 20 ч - положение "сидя"; 20 - 22 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 22 - 24 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 0 - 2 ч - положение Симса; 2 - 4 ч - положение "на правом боку" (положение 30°); 4 - 6 ч - положение "на левом боку" (положение 30°); 6 - 8 ч - положение Симса Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в	Ежедневно каждые 2 ч, в ночное время по потребности с учетом риска развития пролежней

кровати	
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 родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности
6. Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания	Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности
7. Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	Однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по потребности
8. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г)	Ежедневно 4 раза
9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 900 - 1300 - 700 мл; с 1300 - 1800 - 500 мл; с 1800 - 2200 - 300 мл	В течение дня
10. Использовать противопролежневые подушки (прокладки), исключающие давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента "сидя" (под стопы)	В течение дня
11. 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
12. При усилении болей - консультация врача	В течение дня
13. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в	Однократно в рамках

постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	Школы ухода за пациентом и по потребности
14. Массаж кожи около участков риска развития пролежней	Ежедневно 3 раза
15. Обеспечить противопролежневым матрацем и подушкой для кресла-коляски 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.

Приложение Г
(рекомендуемое)

ШКОЛА УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

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

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, тонизирующий гель, молочко, специальные защитные средства (крема, пленки, бальзамы, присыпки и др.).

Д.3. Противопролежневые средства (противопролежневый матрац полиуретановый, противопролежневый матрац гелевый, противопролежневый матрац воздушный (с компрессором), противопролежневая подушка гелевая, противопролежневая подушка полиуретановая, противопролежневая 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 (сиденье 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

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки "Сестринское дело" (квалификация (степень) "бакалавр"). Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: лечебное дело, акушерское дело, сестринское дело.
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4. Функциональное назначение оценки степени риска развития пролежней	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	Спирт этиловый 70° 5 мл
5.6. Прочий расходуемый 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 (приложение 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.

7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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
8. Достигнутые результаты и их оценка	Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с данными нормы, указанными в таблице, которая в данном случае используется
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится по шкале Ватерлоу, или Нортон, или Меддлей, или Брейдена (приложение Б). Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,5
12. Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки	Отсутствует

и другая документация (при необходимости)	

Приложение Ж
(рекомендуемое)

ТЕХНОЛОГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРОЛЕЖНЕЙ

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по направлению подготовки "Сестринское дело" (квалификация (степень) "бакалавр"). Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: лечебное дело, акушерское дело, сестринское дело.
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой	Амбулаторно-поликлинические

медицинской услуги	Стационарные
4. Функциональное назначение оценки степени тяжести пролежней	Диагностика заболеваний
5. Материальные ресурсы	
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 расходуемый материал	Марлевые салфетки (стерильные) Источник дополнительного освещения Перчатки стерильные (при необходимости)
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. Достигаемые 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	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 (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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Оценка качества проведения простой медицинской услуги проводится в соответствии с требованиями настоящего стандарта. Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,5
12. Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения	Отсутствует

простой медицинской услуги	
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

Приложение И
(справочное)

ПЕРЕЧЕНЬ
НЕГАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

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. Каротолин 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, калганный 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, пенок, кремов, защитных пленок и др. (уровень доказательности E).

Приложение К
(рекомендуемое)

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

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	Вес (г)	Продукт
725	жирный творог	510	нежирный цыпленок
500	нежирный творог	510	индейка
625	мягкий диетический творог	575	печень говяжья
1430	молоко сгущенное, без сахара, стерилизованное	640	камбала
425	сыр голландский	625	карп
375	сыр костромской, пошехонский, ярославский	540	окунь речной
475	сыр российский	530	палтус
400	сыр швейцарский	590	салака
685	брынза из овечьего молока	565	сельдь атлантическая жирная
560	брынза из коровьего молока	555	сельдь тихоокеанская нежирная
785	яйцо куриное	555	скумбрия

480	баранина нежирная	540	ставрида
495	говядина нежирная	525	судак
485	мясо кролика	575	треска
685	свинина мясная	600	хек
510	телятина	530	щука
550	мясо кур	1250	крупа манная
1460	хлеб пшеничный	1500	рис
1100	макароны, лапша	2000	горох зеленый
1250	крупа гречневая		

- 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

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, гигиену 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 матрацы, 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 матрацы, 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

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.

Таблица М.1

Перечень медицинских услуг

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

	ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ	НАЧАЛО НАБЛЮДЕНИЯ	ОКОНЧАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	ПРИМЕЧАНИЕ
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА (заполняется при исключении пациента из модели)				
	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)	0 I II III IV	0 I II III IV	
	Осложнения заболевания (указать, какие именно): лекарственные: немедикаментозные (средств по уходу за кожей): другое (укажите):	да/нет да/нет да/нет	да/нет 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..... прогрессирование....	да/нет да/нет
	Продолжения профилактики:			
	Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее модель профилактики пролежней: _____ (дата)			

Окончание

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЭКСПЕРТОМ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	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)

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.

Теперь мы просим Вас рассмотреть и оценить несколько других состояний здоровья.

Нас интересует, насколько хорошими или плохими эти состояния были бы для Вас лично.

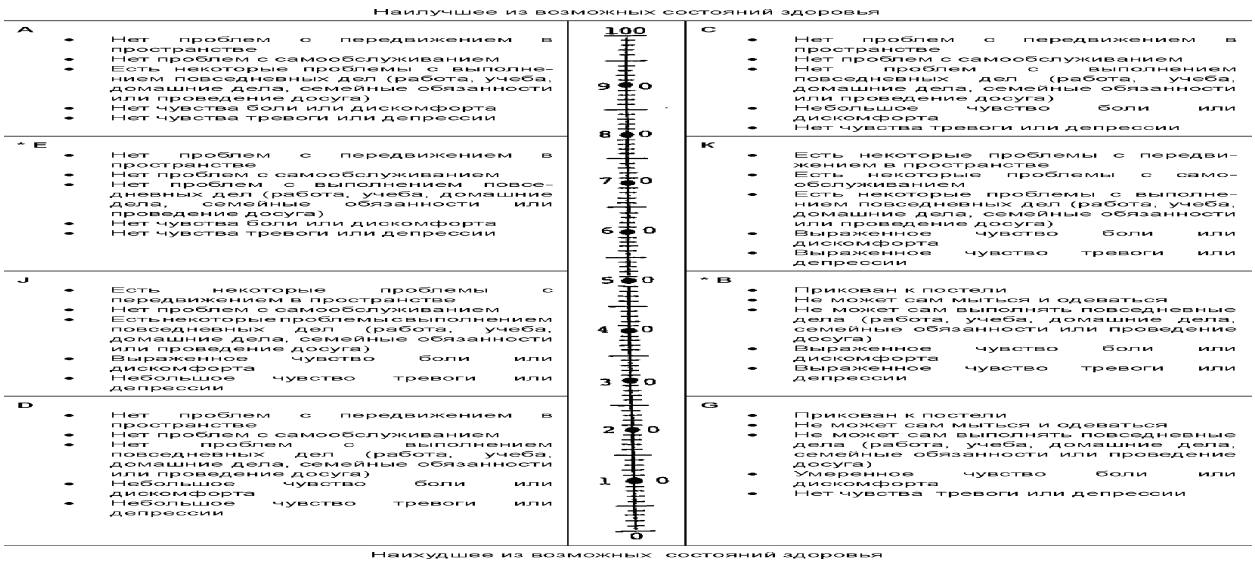
Состояния здоровья описаны в квадратиках справа и слева от шкалы.

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.

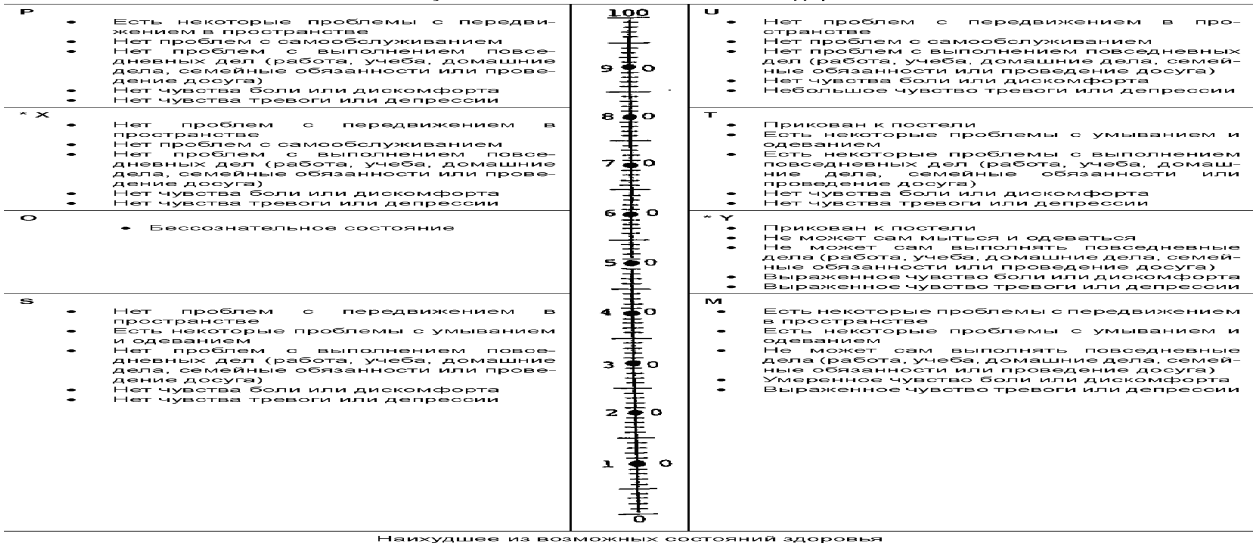
Линии могут пересекаться между собой.

Пожалуйста, убедитесь, что вы нарисовали одну линию от каждого квадратика (всего должно быть восемь линий).



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.



БИБЛИОГРАФИЯ

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Пролежни" 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

[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 Г., 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".

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 18 мая 2010 г. N 58

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; 2006, N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2007, N 27, ст. 3213; 2007, N 46, ст. 5554; 2007, N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801; 2008, N 29 (ч. I), ст. 3418; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2008, N 44, ст. 4984; 2008, N 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17) и Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2004, N 8, ст. 663; 2004, N 47, ст. 4666; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы со дня вступления в силу настоящего Постановления.

3. С момента введения в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" считать утратившим силу СанПиН 2.1.3.1375-03 "Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.06.2003 N 124 (зарегистрированы в Минюсте России 18.06.2003, регистрационный номер 4709); СанПиН 2.1.3.2195-07, изменение N 1 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 25.04.2007 N 19 (зарегистрированы в Минюсте России 05.06.2007, регистрационный номер 9597); СП 3.1.2485-09 "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций", дополнение N 1 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 13.02.2009 N 9 (зарегистрированы в Минюсте России 20.03.2009, регистрационный номер 13548); СанПиН 2.1.3.2524-09 "Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям" изменение 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 07.07.2009 N 48 (зарегистрированы в Минюсте России 20.08.2009, регистрационный номер 14581); СанПиН 3.5.2528-09 "Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в лечебно-профилактических организациях, дополнение N 2 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 06.08.2009 N 51 (зарегистрированы в Минюсте России 26.08.2009, регистрационный номер 14624); СанПиН 2.1.3.2576-10 изменение N 3 к СанПиН 2.1.3.1375-03, утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 04.03.2010 N 18 (зарегистрированы в Минюсте России 27.04.2010, регистрационный номер 17017).

Г.Г.ОНИЩЕНКО

Приложение

Утверждены
Постановлением

Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
от 8 мая 2010 г. N 58

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ
К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

**Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СанПиН 2.1.3.2630-10**

I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

1. Общие положения и область применения

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее - санитарные правила) устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность (далее - ООМД).

1.2. Санитарные правила предназначены для индивидуальных предпринимателей и юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации. Проектирование, строительство, реконструкция, капитальный ремонт, перепланировка, эксплуатация объектов здравоохранения осуществляются в соответствии с настоящими правилами.

1.3. Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.

1.4. Надзор за выполнением настоящих правил проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.5. Ответственность за соблюдение требований настоящих правил возлагается на индивидуальных предпринимателей, юридических и должностных лиц.

1.6. Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

1.7. Администрация ООМД обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами.

2. Требования к размещению и территории лечебно-профилактических организаций (ЛПО)

2.1. ЛПО располагают на территории жилой застройки, в зеленой или пригородной зонах на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке городских, поселковых и сельских населенных пунктов, а также в соответствии с гигиеническими требованиями к санитарно-защитным зонам. Отвод земельного участка подлежит согласованию с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с оформлением санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии участка санитарным правилам и нормативам.

2.2. Стационары психиатрического, инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки. Стационары указанного профиля на 1000 и более коек желательно размещать в пригородной или зеленой зонах.

2.3. На участке ЛПО не должны располагаться здания организаций, функционально не связанных с ней. На территории ЛПО или в непосредственной близости от нее целесообразно

предусматривать гостиницы или пансионаты для проживания пациентов, прибывших на амбулаторное обследование, и/или сопровождающих лиц.

2.4. На участке размещения ЛПО почва по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, радиационному фактору должна соответствовать гигиеническим нормативам, содержание вредных веществ в атмосферном воздухе, уровни электромагнитных излучений, шума, вибрации, инфразвука не должны превышать гигиенические нормативы.

2.5. Через территорию ЛПО не должны проходить транзитные инженерные и транспортные коммуникации.

2.6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа, допускается размещать амбулаторно-поликлинические ЛПО мощностью не более 100 посещений в смену, включая фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), организации с дневными стационарами.

2.7. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение ЛПО, оказывающих помощь инфекционным (в том числе туберкулезным больным), за исключением амбулаторно-поликлинического консультативного приема дерматолога.

2.8. ЛПО для оказания помощи лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью, не допускается размещать в жилых зданиях.

2.9. В жилых зданиях и во встроенно-пристроенных к ним помещениях не допускается размещать микробиологические лаборатории (отделения), отделения магнитно-резонансной томографии.

2.10. Требования к размещению организаций, эксплуатирующих источники ионизирующих излучений, определяются в соответствии с нормами радиационной безопасности и санитарно-гигиеническими требованиями к данному виду деятельности.

2.11. Площади земельных участков стационаров и отдельно стоящих амбулаторно-поликлинических организаций должны определяться в соответствии с требованиями градостроительных нормативных документов. Рекомендуемые площади земельного участка стационара в зависимости от коечной емкости представлены в таблице (таблица 1).

Таблица 1

Площадь земельного участка на 1 койку

Коечная емкость стационара	50	150	300 - 400	500 - 600	800	1000
Площадь земельного участка на 1 койку в м2	300	200	150	100	80	60

2.12. Рекомендуемый размер земельного участка поликлиники рассчитывается на число посещений в смену: 0,1 га на 100 посещений в смену, но не менее 0,5 га на один объект. Подстанции скорой помощи - 0,2 - 0,4 га на один объект; для размещения транспорта предусматривается отапливаемая стоянка из расчета 36 кв. м на одно машиноместо. Расстояние стоянки машин скорой помощи до жилых домов предусматривается не менее 50 м.

2.13. Территория ЛПО должна быть благоустроена с учетом необходимости обеспечения лечебно-охранительного режима, озеленена, ограждена и освещена. Площадь зеленых насаждений и газонов должна составлять не менее 50% общей площади участка стационара. В условиях стесненной городской застройки, а также в стационарах, не имеющих в своем составе палатных отделений восстановительного лечения и ухода, допускается уменьшение площади участка в пределах 10 - 15% от нормируемой, за счет сокращения доли зеленых насаждений и размеров садово-парковой зоны.

В целях предупреждения снижения естественной освещенности и инсоляции деревья высаживаются на расстоянии не ближе 15 метров, кустарники - 5 метров от светонесущих проемов зданий.

2.14. На территории стационаров выделяются зоны: лечебных корпусов для инфекционных и для неинфекционных больных, садово-парковая, патологоанатомического корпуса, хозяйственная и инженерных сооружений. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

2.15. Патологоанатомический корпус с ритуальной зоной не должен просматриваться из окон палатных отделений, а также жилых и общественных зданий, расположенных вблизи ЛПО. В ритуальную зону ЛПО необходим отдельный въезд.

2.16. Инфекционные, кожно-венерологические, акушерские, детские, психосоматические, радиологические отделения, входящие в состав многопрофильных лечебных учреждений, размещаются в отдельно стоящих зданиях. К инфекционному отделению предусматривается отдельный въезд (вход) и крытая площадка для дезинфекции транспорта. При соответствующей

планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение указанных подразделений в одном здании с другими отделениями, за исключением противотуберкулезных подразделений. Для инфекционного отделения необходимо предусматривать отдельный вход.

2.17. На территории хозяйственной зоны ЛПО на расстоянии не менее 25 м от окон размещают контейнерную площадку для отходов с твердым покрытием и въездом со стороны улицы. Размеры площадки должны превышать площадь основания контейнеров на 1,5 м во все стороны. Контейнерная площадка должна быть защищена от постороннего доступа, иметь ограждение и навес.

2.18. Обращение с отходами медицинских организаций осуществляются в соответствии с требованиями действующих нормативных документов.

3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.1. Архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий и помещений для медицинской деятельности должны обеспечивать оптимальные условия для осуществления лечебно-диагностического процесса, соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и труда медицинского персонала. Высота помещений допускается не менее 2,6 м.

3.2. В медицинских организациях должны быть созданы условия для удобного доступа и комфортного пребывания маломобильных групп населения.

3.3. Структура, планировка и оборудование помещений должны обеспечивать поточность технологических процессов и исключать возможность перекрещивания потоков с различной степенью эпидемиологической опасности.

3.4. В каждом лечебно-диагностическом подразделении следует предусматривать кабинет заведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.

3.5. Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделения лучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическим циклом (лаборатория, пищеблок, ЦСО, аптека, прачечная) не должны быть проходными.

3.6. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должны определяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование. Минимальные площади помещений следует принимать согласно приложениям 1 и 2 настоящих правил. С целью создания оптимальных условий проведения лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельных помещений могут увеличиваться. Площадь помещений, не указанных в таблице, принимается по заданию на проектирование и определяется габаритами и расстановкой оборудования, числом лиц, одновременно находящихся в помещении, с соблюдением последовательности технологических процессов и нормативных расстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободное передвижение больных и персонала.

3.7. В медицинских организациях, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые).

3.8. Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам света. Продолжительность инсоляции следует принимать с учетом требований санитарных норм по инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий.

3.9. Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева окна, ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

3.10. При планировке зданий не допускается размещение под окнами палат помещений травматологических пунктов, приемно-смотровых боксов, входов в приемное отделение, а также тарных, загрузочных, экспедиционных и других помещений, к которым имеется подъезд автомашин для проведения погрузочно-разгрузочных работ.

3.11. Уровни шума в палатах не должны превышать гигиенические нормативы для жилых и общественных зданий.

3.12. Для приема, лечения и временной изоляции пациентов с инфекционными заболеваниями или подозрением на них оборудуются приемно-смотровые боксы, боксы, боксированные палаты.

3.13. Помещения, в которых предусматривается транспортировка пациентов на каталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы шириной не менее 120 см (для существующих ЛПО - не менее 110 см).

3.14. В медицинских организациях, где проводятся парентеральные манипуляции с применением многоразового медицинского инструмента, следует предусматривать центральные

стерилизационные отделения (ЦСО), площадь и состав которых определяется профилем и мощностью учреждения.

3.15. При проектировании прачечных при медицинских организациях производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья в смену на 1 койку (в случае круглосуточного пребывания лиц по уходу добавляется 1 кг), 0,4 кг сухого белья в сутки на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

В медицинских организациях небольшой мощности допускается устройство мини-прачечных (для стирки спецодежды, полотенец, салфеток) в составе не менее двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

3.16. В стационарах следует предусматривать дезинфекционное отделение, состав и площадь которого определяется количеством обрабатываемых постельных принадлежностей. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения дезинфекция постельных принадлежностей может проводиться в других организациях, имеющих дезинфекционные камеры.

3.17. ЛПО должны иметь раздельные туалеты для больных и персонала, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену.

3.18. Во вновь строящихся и реконструируемых ЛПО для пациентов при палатах предусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, унитазом, душем. Двери в санузлах для пациентов должны открываться наружу.

3.19. Межэтажные перекрытия, перегородки, стыки между ними и отверстия для прохождения инженерных коммуникаций и проводок должны быть грызунонепроницаемыми.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки используются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими и дезинфицирующими средствами. При использовании панелей их конструкция также должна обеспечивать гладкую поверхность.

4.3. Покрытие пола должно плотно прилегать к основанию. Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен могут быть подведены под плинтуса или возведены на стены. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и другие).

Полы в операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях должны быть антистатическими.

Полы в вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

4.4. В помещениях классов чистоты А и Б покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть гладкими, влагостойкими, устойчивыми к применению моющих и дезинфицирующих средств.

4.5. В помещениях с влажностным режимом (душевых, ванных залах и пр.), в "грязных" помещениях (помещения разборки и хранения грязного белья, временного хранения отходов и других) отделка должна обеспечивать влагостойкость на всю высоту помещения. Для покрытия пола следует применять водонепроницаемые материалы.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних керамической плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

4.7. Допускается применение подвесных, натяжных, подшивных и других видов потолков, обеспечивающих гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие лечебные учреждения должны быть оборудованы водопроводом, канализацией, централизованным горячим водоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление лечебным учреждением возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник.

5.2. Очистка и обеззараживание сточных вод от ЛПО должна осуществляться на общегородских или других канализационных очистных сооружениях, гарантирующих эффективную очистку и обеззараживание сточных вод. При отсутствии общегородских или других очистных сооружений сточные воды ЛПО должны подвергаться полной биологической очистке и обеззараживанию на локальных сооружениях.

5.3. С целью предупреждения засорения канализационных систем здания в помещениях для приготовления гипса следует предусмотреть установку гипсоотстойника.

Отвод сточных вод из помещений грязевых процедур, грязевой кухни и других помещений грязелечебницы должен осуществляться через специальные трапы в сборный грязеотстойник.

Для очистки производственных сточных вод из здания пищеблока в больницах на 500 коек и более следует предусмотреть установку (вне здания) жироуловителей.

5.4. Для вновь строящихся и реконструируемых ЛПО на случай выхода из строя или проведения профилактического ремонта системы горячего водоснабжения должно быть предусмотрено централизованное резервное горячее водоснабжение. Для существующих учреждений в качестве резервного источника устанавливаются водонагревательные устройства.

5.5. Во врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, в туалетах, в материнских комнатах при детских отделениях, процедурных, перевязочных и вспомогательных помещениях должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями. Температура горячей воды в точках разбора детских и психиатрических палат, душевых, санузлов для пациентов не должна превышать 37 °С.

В палатах, шлюзах при палатах умывальники устанавливаются в соответствии с заданием на проектирование.

5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (в строящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Такие же краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделениях, клинико-диагностических и бактериологических лабораториях, а также в санпропускниках, в шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала.

5.7. В палатах новорожденных устанавливаются раковины с широкой чашей и с высокими смесителями.

5.8. В кабинетах, где проводится обработка инструментов, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).

5.9. Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.

5.10. Санитарные комнаты палатных отделений должны быть оборудованы устройствами для обработки и сушки суден, клеенок.

5.11. Для удобства пациентов в санитарных узлах при палатах конструкция душевых кабин может предусматривать слив без установки душевых поддонов или душевых поддонов без бортиков.

5.12. В целях профилактики внутрибольничного легионеллеза в отделениях (палатах) для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантологии, онкогематологии, ожоговых и т.п.) при температуре горячей воды в точках разбора (душевые сетки) ниже 60 градусов рекомендуется применять дополнительные средства защиты (специальные фильтры). Микробиологический контроль на наличие легионелл в этих учреждениях осуществляется 2 раза в год, точка отбора - перед поступлением в распределительную сеть. При температуре горячей воды выше 65 градусов и холодной воды ниже 20 градусов микробиологический контроль не проводится.

6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений

6.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать нормируемые параметры микроклимата и воздушной среды помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, исключающую адсорбирование пыли и устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов. Их следует размещать у наружных стен, под окнами. Расположение нагревательных приборов у внутренних стен в палатах не допускается.

При устройстве ограждений отопительных приборов должен быть обеспечен свободный доступ для текущей эксплуатации и уборки.

6.3. В системах центрального отопления ЛПО в качестве теплоносителя используется вода с температурой в нагревательных приборах 70 - 85 °С. Использование других жидкостей и растворов в системах отопления не допускается.

6.4. Здания ЛПО должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и/или естественным побуждением.

6.5. Системы механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть паспортизированы. Эксплуатация (обслуживание) механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования осуществляется ответственным лицом организации или другой специализированной организацией. Один раз в год проводится проверка эффективности работы, текущие ремонты (при необходимости), а также очистка и дезинфекция систем механической приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования.

6.6. Система вентиляции производственных помещений ЛПО, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от вентиляции жилого дома.

6.7. При эксплуатации систем вентиляции должны быть обеспечены нормативные требования к уровням шума и вибрации.

6.8. Классы чистоты, допустимые уровни бактериальной обсемененности воздушной среды, допустимая температура и рекомендуемые кратности воздухообмена помещений медицинских организаций принимаются в соответствии с приложением 3.

В помещениях классов А и Б в воздухе не должно быть золотистого стафилококка. В помещениях классов В и Г золотистый стафилококк не нормируется.

Предельно допустимые концентрации вредных химических веществ в воздухе производственных помещений представлены в приложении 4.

6.9. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" помещений в "чистые".

6.10. Кратность воздухообмена определяется исходя из расчетов обеспечения заданной чистоты, температуры и относительной влажности воздуха. Скорость движения воздуха в палатах и лечебно-диагностических кабинетах принимается от 0,1 до 0,2 м/сек. В помещениях класса чистоты А и Б относительная влажность не должна превышать 60%.

Температура и организация воздухообмена в помещениях принимается в соответствии с приложением 3.

6.11. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех лечебно-диагностических помещениях, за исключением помещений чистоты класса А, должна быть предусмотрена возможность естественного проветривания.

6.12. Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются для помещений операционных, реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий. Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений, кроме помещений чистоты класса А.

6.13. Во все помещения воздух подается в верхнюю зону. По медицинскому заданию на проектирование в операционных, палатах для ожоговых и других иммунокомпрометированных пациентов, строящихся и реконструируемых медицинских организаций рекомендуется воздух подавать сверху однонаправленным воздушным потоком в зону операционного стола (кровати).

Удаление воздуха предусматривается из верхней зоны, кроме операционных, наркозных, реанимационных, родовых и рентгенопроцедурных, в которых воздух удаляется из двух зон: 40% - из верхней зоны и 60% - из нижней зоны (60 см от пола).

6.14. При работе с жидким азотом и другими тяжелыми газами, аэрозолями вытяжка организуется только из нижней зоны. Помещения для хранения биоматериалов в жидком азоте должны оборудоваться самостоятельной системой вытяжной вентиляции и аварийной вентиляцией, включающейся автоматически по сигналу газоанализатора.

6.15. В асептических помещениях приток должен преобладать над вытяжкой. В помещениях инфекционного профиля вытяжка преобладает над притоком.

6.16. В целях обеспечения постоянных показателей заданных параметров воздуха приточно-вытяжная система вентиляции помещений чистоты класса А должна работать в непрерывном режиме.

6.17. Запорные устройства (в том числе обратные клапаны) должны устанавливаться на приточных и вытяжных вентиляционных системах в секционных, лабораториях патологоанатомических отделений и отделений судебно-медицинской экспертизы, а также в других помещениях, для исключения несанкционированного перетока воздуха.

6.18. В инфекционных, в том числе туберкулезных, отделениях вытяжные вентиляционные системы оборудуются устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

6.19. Боксы и боксированные палаты оборудуются автономными системами вентиляции с преобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих

устройств непосредственно на выходе из помещений возможно объединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции.

6.20. В существующих зданиях, при отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов не менее чем на 95% на выходе.

Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, холера, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие), допускается только в боксы с механической системой вентиляции.

6.21. В ЛПО, общей площадью не более 500 кв. м, в помещениях класса Б и В (кроме рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается естественное проветривание.

6.22. Забор наружного воздуха для систем вентиляции и кондиционирования производится из чистой зоны на высоте не менее 2 м от поверхности земли. Наружный воздух, подаваемый приточными установками, подлежит очистке фильтрами грубой и тонкой очистки.

6.23. Выброс отработанного воздуха предусматривается выше кровли на 0,7 м. Допускается выброс воздуха на фасад здания после очистки фильтрами соответствующего назначения.

6.24. Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А и Б, подвергается очистке и обеззараживанию устройствами, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99% для класса А и 95% для класса Б, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрам высокой эффективности (Н11 - Н14). Фильтры высокой очистки подлежат замене не реже 1 раза в полгода, если другое не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.

6.25. Для обеспечения нормируемой температуры и влажности воздуха в помещениях чистоты классов А и Б необходимо предусматривать кондиционирование воздуха с использованием систем и оборудования, разрешенных для этих целей в установленном порядке. По заданию на проектирование возможно оснащение системами кондиционирования помещений класса В.

6.26. Воздухообмен в палатах и отделениях должен быть организован так, чтобы не допустить перетекания воздуха между палатными отделениями, между палатами, между смежными этажами. При входе в палатное отделение/секцию, операционный блок, реанимационное отделение предусматривается шлюз с устройством вентиляции.

6.27. В палатах с санузлами вытяжка организуется из санузла.

6.28. В целях поддержания комфортной температуры воздуха в кабинетах врачей, палатах, административных и вспомогательных помещениях допускается применение сплит-систем, при условии проведения очистки и дезинфекции фильтров и камеры теплообменника в соответствии с рекомендациями производителя, но не реже одного раза в 3 месяца. Допускается также использование для этих целей панели лучистого тепла (охлаждения).

6.29. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока предусматривается из помещений: душевых, санитарных узлов, помещений для грязного белья, временного хранения отходов и кладовых для хранения дезинфекционных средств, реактивов и других веществ с резким запахом.

6.30. Содержание лекарственных средств в воздухе операционных, родовых палат, палат интенсивной терапии, реанимации, процедурных, перевязочных и других аналогичных помещений лечебных учреждений не должны превышать предельно допустимые концентрации, приведенные в приложении 4.

6.31. Уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, не должны превышать допустимые, приведенные в приложении 3.

6.32. Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилатами, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и другими), должны быть оборудованы местными вытяжными устройствами.

Выброс отработанного воздуха от местных вытяжных устройств осуществляется самостоятельными каналами. Местные отсосы, удаляющие воздух из разных помещений, но с одинаковыми вредностями, могут быть объединены в одну систему вытяжной вентиляции.

6.33. Для размещения оборудования систем вентиляции следует выделить специальные помещения, раздельные для приточных и вытяжных систем. Канальное вентиляционное

оборудование возможно размещать за подшивным потолком в коридорах и в помещениях без постоянного пребывания людей.

6.34. Воздуховоды приточной вентиляции и кондиционирования должны иметь внутреннюю несорбирующую поверхность, исключающую вынос в помещения частиц материала воздуховодов или защитных покрытий.

6.35. Воздуховоды систем приточной вентиляции (кондиционирования воздуха) после фильтров высокой эффективности (H11 - H14) предусматриваются из нержавеющей стали или других материалов с гладкой, коррозионностойкой, непылящей поверхностью.

6.36. Воздуховоды, воздухораздающие и воздухоприемные решетки, вентиляционные камеры, вентиляционные установки и другие устройства должны содержаться в чистоте, не иметь механических повреждений, следов коррозии, нарушения герметичности. Использование вентиляционных камер не по прямому назначению запрещается. Уборка помещений вентиляционных камер должна проводиться не реже 1 раза в месяц, а воздухозаборных шахт не реже 1 раза в полгода. Техническое обслуживание, очистка и дезинфекция систем вентиляции предусматривается не реже 1 раза в год. Устранение текущих неисправностей, дефектов проводится безотлагательно.

6.37. Во всех помещениях чистоты класса А предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещение воздуховодов в закрытых коробах.

6.38. Приточные и вытяжные решетки должны быть максимально удалены друг от друга в пределах одного помещения.

6.39. Продухи чердачных и подвальных помещений должны быть защищены от проникновения грызунов, птиц и синантропных насекомых.

6.40. Независимо от принятой системы вентиляции рекомендуется проветривание палат не менее 4 раз в сутки по 15 минут.

6.41. Администрацией ЛПО организуется контроль за параметрами микроклимата и показателями микробной обсемененности воздушной среды с периодичностью не реже 1 раза в 6 месяцев и загрязненностью химическими веществами воздушной среды не реже 1 раза в год.

6.42. Допускается рециркуляция воздуха для одного помещения при условии установки фильтра высокой эффективности (H11 - H14) с добавлением наружного воздуха по расчету для обеспечения нормативных параметров микроклимата и чистоты воздуха.

6.43. При наличии централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха в целях профилактики внутрибольничного легионеллеза микробиологический контроль данных систем на наличие легионелл проводится 2 раза в год. Отбор проб производится в соответствии с действующими требованиями <1>. Кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и сплит-системы контролю на легионеллы не подлежат.

<1> СП 3.1.2.2626-10 "Профилактика легионеллеза"; зарегистрировано в Минюсте России 07.06.2010, регистрационный N 17506.

7. Требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Без естественного освещения или с освещением вторым светом при условии обеспечения нормируемых показателей микроклимата и кратности воздухообмена допускается размещать:

а) технические и инженерные помещения (тепловые пункты, насосные, компрессорные, вентиляционные камеры, дистилляционные, мастерские по эксплуатации зданий, серверные);

б) помещения персонала (помещения для занятий персонала, конференц-залы, помещения отдыха, приема пищи, выездных бригад, гардеробные, душевые, санузел);

в) помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архивы, кладовые и хранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, центральные бельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в том числе для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, центральных стерилизационных, дезинфекционных отделений, помещения хранения и одевания трупов, траурный зал, помещения обработки медицинских отходов, санитарные пропускники, санитарные комнаты, клизменные);

г) кабинеты и помещения восстановительного лечения (тренажерные залы, массажные кабинеты, кабинеты мануальной терапии, кабинеты безыгольной рефлексотерапии, кабинеты гирудотерапии, сауны, помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, фотарии, кабинеты бальнеологических процедур, регенерации грязи, лечения сном, кабинеты электросветолечения, кабинеты лучевой диагностики и терапии);

д) по заданию на проектирование без естественного освещения допускаются: операционные, предоперационные, стерилизационные и моечные (без постоянных рабочих мест), секционные, предсекционные, монтажные диализных аппаратов и аппаратов искусственного кровообращения, процедурные эндоскопии, помещения приема, регистрации и выдачи анализов, боксы для лабораторных исследований без постоянных рабочих мест, процедурные функциональной диагностики.

7.3. В подвале допускается размещать помещения, перечисленные в пунктах 7.2а - 7.2в.

7.4. В цокольном этаже с заглублением не более метра допускается размещать кабинеты приема врачей при соблюдении нормируемого значения коэффициента естественного освещения (КЕО).

7.5. В медицинских организациях уровень естественного и искусственного освещения должен соответствовать санитарным нормам и правилам (приложение 5).

7.6. Коридоры, используемые в качестве рекреаций, должны иметь естественное торцевое или боковое освещение.

7.7. Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип лампы принимаются в соответствии с действующими нормами.

7.8. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

7.9. Для освещения палат (кроме детских и психиатрических отделений) следует применять настенные комбинированные светильники (общего и местного освещения), устанавливаемые у каждой койки на высоте 1,7 м от уровня пола.

7.10. В каждой палате должен быть специальный светильник ночного освещения, установленный около двери на высоте 0,3 м от пола (в детских и психиатрических отделениях светильники ночного освещения палат устанавливаются над дверными проемами на высоте 2,2 м от уровня пола).

7.11. Во врачебных смотровых кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного со спектром света, приближенным к дневному.

7.12. В целях обеспечения нормативных параметров искусственной освещенности рабочие места персонала оборудуются светильниками местного освещения.

7.13. Освещение на рабочих местах с компьютерной техникой должно соответствовать санитарным правилам, устанавливающим гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам, организации работы и другими действующими нормативными документами.

8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. Расстояние от коек до стен с окнами должно быть не менее 0,9 м. Расстояние между торцами коек в четырехкоечных палатах, а также между торцами коек и стеной в 2 - 3-коечных палатах должно быть не менее 1,2 м.

Расстояние между сторонами коек должно быть не менее 0,8 м, а в детских палатах и палатах восстановительного лечения - не менее 1,2 м.

В палатах должны быть установлены тумбочки и стулья по числу коек, а также шкаф для хранения личных вещей пациентов.

8.2. Размещение оборудования и мебели в помещениях должно обеспечивать и свободный доступ к пациенту, и доступность для уборки, эксплуатации и обслуживания.

8.3. Рабочие места персонала должны быть устроены с учетом эргономических требований.

8.4. Лечебно-диагностическое оборудование, не требующее специальных условий размещения и используемое в ходе приема врача, может быть установлено непосредственно в его кабинете (например: физиотерапевтическое оборудование в кабинете косметологии терапевтической, аппарат ЭКГ в кабинете терапевта/кардиолога, аппарат УЗИ в кабинете гинеколога).

8.5. Каждое отделение должно быть оснащено средствами малой механизации (каталками, креслами-каталками, тележками для лекарств, белья, пищи, отходов) в необходимом количестве в зависимости от коечной вместимости и профиля отделения.

8.6. Кладовые для хранения белья оборудуются полками с гигиеническим покрытием, доступным для влажной уборки и дезинфекции. Общие бельевые оборудуются стеллажами, а также столами для подборки и сортировки белья, а при необходимости - приемными люками, пандусами или подъемными механизмами.

8.7. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки, др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.8. В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской

мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

8.9. Требования к изделиям медицинской техники (ИМТ) и изделиям медицинского назначения (ИМН) <1>.

<1> Распространяются на все виды изделий медицинской техники, в том числе содержащие источники ионизирующего излучения или применяемые для работ с ними (в части оценки соблюдения требований к физическим и другим факторам, источником которых могут являться данные изделия), а также на используемые при их изготовлении материалы.

8.9.1. Изделия медицинской техники в зависимости от степени риска развития неблагоприятных последствий для медицинского персонала и потребителей при их эксплуатации подразделяются на следующие типы, определяющие их последующую гигиеническую оценку и необходимые меры безопасности:

- низкой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, не превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения; не требующие принятия специальных мер безопасности и не представляющие опасности для пользователей при применении в соответствии с требованиями, указанными в нормативной документации (инструкции по эксплуатации и т.п.); изделия могут использоваться как в условиях профессионального применения, так и в быту;
- средней степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для населения, но не превышающие предельно допустимых величин, установленных для производственных воздействий; изделия могут использоваться в условиях профессионального применения без специальных ограничений; запрещается использование в быту;
- высокой степени риска - изделия, генерирующие уровни физических факторов, превышающие предельно допустимые значения, установленные для производственных воздействий, способные вызывать развитие профессиональных или производственно обусловленных заболеваний при несоблюдении требований безопасности, изложенных в нормативной документации (инструкциях по эксплуатации); изделия могут использоваться только в условиях профессионального применения с соблюдением комплекса мер защиты, обеспечивающего максимальное снижение риска для персонала (защита временем, расстоянием, средства коллективной и индивидуальной защиты, периодические медицинские осмотры, производственный контроль).

8.9.2. Изделия медицинской техники и медицинского назначения, используемые в медицинской и фармацевтической деятельности, должны проходить санитарно-эпидемиологическую и гигиеническую оценку, подтверждающую их соответствие действующему законодательству в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения <1> (приложение 6).

<1> Ст. ст. 13, 14, 24, 25, 37, 38, 40, 42 Федерального закона N 52-ФЗ от 30.03.1999 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

8.9.3. Проведение испытаний и санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценки изделий медицинской техники и медицинского назначения осуществляется в установленном порядке.

8.9.4. Фактические значения контролируемых показателей ИМТ и ИМН изложены в приложении 7.

8.9.5. Установленные при испытаниях и гигиенической оценке ИМТ и ИМН фактические значения контролируемых показателей не должны превышать допустимых значений, установленных в приложении 7.

В случаях, когда уровни физических факторов, генерируемые изделиями медицинской техники, превышают допустимые значения, указанные в приложении 7 настоящего документа (изделия средней и высокой степени риска), то такие ИМТ должны использоваться только в условиях профессионального применения, а их оценка должна проводиться на соответствие предельно допустимых уровней (ПДУ) физических факторов, установленных для производственных воздействий с обязательным определением комплекса мер защиты персонала, обеспечивающим безопасную эксплуатацию ИМТ.

8.9.6. Концентрации вредных химических веществ, дезинфицирующих и стерилизующих агентов, биологических факторов, выделяющихся в воздушную среду при работе изделий медицинской техники, не должны превышать предельно допустимых концентраций (ПДК) и

ориентировочных безопасных уровней воздействия (ОБУВ), установленных для атмосферного воздуха.

9. Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий

9.1. В целях профилактики возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который утверждается руководителем организации.

9.2. План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

9.3. Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

9.4. При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе подлежат профилактическому обследованию на:

- туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года);
- маркеры гепатитов В и С, сифилис (в случае оперативного лечения);
- дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров);
- кишечные инфекции (пациенты детских стационаров до 2 лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течение 2 недель до госпитализации).

Дети, поступающие на стационарное лечение, должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации.

9.5. Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством лица, ответственного за работу по профилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/заместитель по медицинской части).

10. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля

10.1. Приемные отделения стационаров.

10.1.1. Эпидемиологическая задача приемного отделения не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматриваются кожные покровы, зев, измеряется температура, проводится осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирается эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащается термометрами и шпателями в количестве, соответствующем числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу). По заданию на проектирование в приемном отделении предусматриваются помещения для оказания экстренной лечебно-диагностической помощи (кабинеты лучевой диагностики, эндоскопии, смотровые, экстренные операционные, реанимационные залы, перевязочные, гипсовочные, кабинеты врачей и прочие).

10.1.2. Приемно-карантинное отделение психиатрического стационара отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в отделении проводится взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций. Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатов исследования.

10.1.3. В инфекционных стационарах (отделениях) для приема больных следует предусмотреть приемно-смотровые боксы, количество которых определяется в зависимости от количества коек в отделении: до 60 коек - 2 бокса; 60 - 100 коек - 3 бокса; свыше 100 коек - 3% от числа коек.

10.1.4. В неинфекционных отделениях для приема больных детей следует предусмотреть боксы и приемно-смотровые боксы. Количество боксов должно быть равно 5%, а количество приемно-смотровых боксов - 2% от числа коек терапевтического профиля и 4% от числа коек хирургического профиля.

10.2. Палатные отделения стационаров общесоматического профиля, в том числе дневных.

10.2.1. Минимальную площадь палат лечебных организаций следует принимать в соответствии с приложением 1.

10.2.2. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование.

10.2.3. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

10.2.4. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 процедурных.

10.2.5. В палатных отделениях оборудуется буфетная с моечной для столовой посуды. Столовая предусматривается заданием на проектирование.

10.2.6. По заданию на проектирование для тяжело больных могут предусматриваться ванные комнаты с подъемниками и другим специальным оборудованием, предназначенным для гигиенической обработки больных.

10.2.7. При проектировании отделений для инвалидов-колясочников, кроме настоящих правил, следует руководствоваться санитарными правилами, устанавливающими гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы и другими действующими нормативными документами.

10.2.8. В санитарных комнатах следует предусматривать место для установки судномоечной машины (утилизатора).

10.2.9. Дневные стационары могут быть предусмотрены в составе медицинских организаций стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. В дневных стационарах с продолжительностью пребывания пациентов более 4 часов предусматривается помещение для подогрева и приема пищи.

10.2.10. В дневных стационарах при хосписах, а также при учреждениях психиатрического и психо-неврологического профилей количество коек может быть меньше количества мест за счет оборудования вместо палат помещений для отдыха больных.

10.3. Палатные отделения хирургического профиля. <1>

_____

<1> Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах (отделениях) изложены в главе III.

10.3.1. Пациентов с гнойно-септическими внутрибольничными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату.

10.3.2. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривается не менее 2 перевязочных. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в однокоечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках.

10.3.3. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) - резистентным золотистым стафилококком или ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в боксированные палаты. При работе с данной категорией больных персонал должен соблюдать следующие правила:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и др. используются только для данного пациента;
- перевязка пациента проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха;
- после дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате). Заполнение палаты проводится после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

10.4. Особенности размещения и устройства операционных блоков, операционных.

10.4.1. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими

подразделениями. Операционные для неотложной хирургии могут размещаться в составе приемных отделений.

При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

10.4.2. В операционных блоках предусматривается строгое зонирование внутренних помещений на стерильную зону (операционные), зону строгого режима (предоперационные, помещение подготовки больного - наркозная, помещения хранения стерильных материалов и другие вспомогательные помещения, для которых соблюдается режим санитарного пропускника для входа персонала), зону общебольничного режима (шлюз). В шлюзе персонал отделения, сопровождающий пациента, перекладывает его с каталки отделения на каталку операционного блока. Далее персонал операционного блока перевозит пациента в операционную. Зона общебольничного режима (после шлюза) отделяется от остальных помещений операционного блока "красной чертой".

10.4.3. Вход персонала других отделений за "красную черту" запрещен. При необходимости персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

10.4.4. В операционные блоки предусматриваются раздельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациенты доставляются через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора оперблока.

10.4.5. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

10.4.6. В операционных предусматриваются автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

10.4.7. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

10.4.8. Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а также при повторных операциях по поводу постоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран/полостей).

10.4.9. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

10.5. Отделения реанимации и интенсивной терапии.

10.5.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений медицинской организации.

10.5.2. В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксированная палата).

10.5.3. Отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведения баротерапии - лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое в специальных аппаратах - кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельным подразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочих отделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования, но не должна быть менее 20 кв. м. Расстояние барокамеры от стены не менее 1 м, между двумя барокамерами - 1,5 м. Полы в барозале выполняются из антистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючие материалы. Барозал относится к помещениям с асептическим режимом (класс Б). Воздух подлежит обеззараживанию.

10.6. Акушерские стационары (отделения), перинатальные центры. <1>

– –

<1> Мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях) и перинатальных центрах изложены в главе IV.

10.6.1. Для оказания акушерской помощи создаются организации трех типов: перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения.

10.6.2. В послеродовых отделениях предусматриваются палаты совместного и раздельного пребывания родильниц и новорожденных. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских.

10.6.3. Количество коек в послеродовых палатах раздельного пребывания должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

10.6.4. Во вновь строящихся, а также реконструируемых родовспомогательных лечебных учреждениях (отделениях) необходимо предусмотреть послеродовые палаты вместимостью не более 2 материнских коек. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным.

10.6.5. В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток.

10.6.6. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляется через блок помещений обсервационного приема.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых обсервационное отделение в структуре учреждения не выделяется. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат.

10.6.7. В составе акушерского стационара выделяется родильный блок. Помещение для обработки рук и переодевания персонала (подготовительная) следует размещать перед родовыми палатами или между ними.

10.6.8. Допускается размещать палаты новорожденных между палатами родильниц. Перед входом в палату новорожденных необходимо предусматривать шлюз.

10.6.9. Отделения второго этапа выхаживания предусматриваются только в составе перинатальных центров и детских стационарах, при соответствующей планировочной изоляции.

10.7. Палатные отделения стационара для лечения детей.

10.7.1. В стенах и перегородках, отделяющих детские палаты (без матерей) от коридоров, а также в стенах и перегородках между палатами для детей в возрасте до 7 лет следует предусматривать остекленные проемы, размеры которых определяются заданием на проектирование.

10.7.2. Вместимость палат для детей до 1 года (кроме новорожденных) должна быть не более чем на 2 койки. Палаты объединяются в отсеки, не более чем по 8 коек.

10.7.3. В отделениях второго этапа выхаживания и отделений для детей до 3 лет предусматриваются палаты для совместного круглосуточного пребывания матерей, фильтр для их профилактического осмотра и переодевания, а также помещения для отдыха и приема пищи приходящих родителей.

10.7.4. В детских палатах кровать для матери или другого сопровождающего лица может устанавливаться без соблюдения требования трехстороннего подхода.

10.7.5. В детских отделениях стационара предусматриваются помещения для обучения и игровые комнаты.

10.8. Отделения для лечения инфекционных больных.

10.8.1. Инфекционные отделения следует размещать в отдельно стоящем или пристроенном здании с отдельным приемным отделением.

10.8.2. Процентное соотношение коек в боксах, боксированных палатных инфекционных отделениях следует принимать по таблице 2.

Таблица 2

Суммарное количество	Количество боксов (не менее)	Количество боксированных палат (не менее)

инфекционных коек в ЛПО	на 1 койку (в %)	на 2 койки (в %)	на 1 койку (в %)	на 2 койки (в %)
До 60	25	25	15	35
61 - 100	15	25	4	56
Более 100 для взрослых	4	8	6	82
Более 100 для детей	10	10	15	65

10.8.3. В туберкулезном стационаре необходимо предусмотреть наличие боксированных палат для пациентов с туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

10.8.4. В целях профилактики распространения туберкулеза с учетом высокой устойчивости и длительностью сохранения возбудителя во внешней среде перепрофилирование медицинских организаций для лечения больных туберкулезом запрещается.

10.9. Палатные отделения для иммунокомпрометированных пациентов (отделения для пациентов с ВИЧ-инфекцией, муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами).

10.9.1. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек.

10.9.2. Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

10.9.3. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и туалетом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха в соответствии с требованиями приложения 3. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальной палатки, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

10.9.4. По заданию на проектирование смежно с палатой для пациента предусматривается помещение/палата для пребывания лиц по уходу.

10.10. Отделения физиотерапевтического и восстановительного лечения.

10.10.1. Отделение восстановительного и физиотерапевтического лечения может быть общим для всех структурных подразделений организации, за исключением отделений инфекционного профиля.

10.10.2. Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), проводят в соответствии с санитарными правилами по требованиям к электромагнитным полям в производственных условиях.

10.10.3. Физиотерапевтическая аппаратура устанавливается в изолированных кабинах, каркасы которых выполняются из пластмассовых или деревянных стоек либо из металлических (никелированных) труб, свободных от заземления (изоляция от стен и пола).

10.10.4. В кабине допускается размещение не более одного аппарата. Кабина должна иметь следующие размеры: высота стоек - 2,0 м, длина - 2,2 м, ширина - 1,8 м. При использовании аппаратов индуктотермии, микроволновой терапии, УВЧ-генераторов мощностью более 200 Вт ширина кабины принимается не менее 2 м.

10.10.5. Аппараты для проведения УВЧ и СВЧ-терапии с дистанционным, в том числе и с универсальным расположением конденсаторных пластин излучателей, требуют организации специально выделенных помещений либо кабин, экранированных тканью с микропроводом.

10.10.6. Требования к размещению и эксплуатация лазерных аппаратов и приборов в ЛПО определяются в соответствии с классом лазерной опасности. Внутренняя отделка помещений должна быть выполнена из материалов с матовой поверхностью. Запрещается использование зеркал и других отражающих поверхностей. Для аппаратов 1 и 2 класса лазерной опасности отдельных помещений не требуется. Аппараты 3 и 4 классов опасности должны размещаться в отдельных кабинетах, оснащенных наружным табло "Не входить, работает лазер", знаком лазерной опасности, внутренним запорным устройством; на данные кабинеты оформляется санитарный паспорт. При работе с лазерными аппаратами 2 - 4 классов опасности необходимо использовать индивидуальные средства защиты органов зрения для пациентов и персонала. Работа с источниками лазерного излучения должна проводиться в соответствии с действующими санитарными правилами.

10.10.7. В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать место для раздевания. Площади для размещения

солярия следует предусматривать в соответствии с руководством пользователя на конкретный тип солярия, но не менее 12 кв. м.

Пациенты должны обеспечиваться защитными очками. После каждого пациента необходимо использовать дезинфицирующие средства для очищения акриловых стекол, подушек для головы и ног, защитных очков или лицевых пластин, а в случае вертикального солярия - также пола. Следует соблюдать режим облучения, учитывая тип кожи пациента и отсутствие противопоказаний для облучения. При солярии организуются пост медицинской сестры (оператора).

10.10.8. Кабинеты, использующие аэроионизирующее оборудование (электрические аэроионизаторы, гидроаэроионизаторы, галогенераторы, галокамеры, спелеоклиматические камеры, электростатические фильтры), а также кабинеты гипокситерапии не допускается размещать в жилых зданиях. Рабочее место персонала оборудуется за пределами лечебных помещений, которые оборудуются механической системой вентиляции. Кратность воздухообмена определяется по расчету для обеспечения гигиенических показателей.

10.10.9. Кабинеты гипокситерапии в случае использования азота для газовой гипоксической смеси должны размещаться преимущественно на первом этаже. В кабинетах предусматриваются противошумовые мероприятия от работы компрессора и естественное проветривание. Принимается площадь 4 кв. м на человека, но кабинет не менее 10 кв. м. Для мойки и дезинфекции масок и шлангов предусматривается помещение не менее 4 кв. м.

Между сеансами устраивается перерыв для проветривания (10 минут). После окончания рабочей смены предусматривается уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств, а также дезинфекция воздуха.

10.10.10. При кабинете гидроколонотерапии предусматривается санузел.

10.11. Эндоскопические отделения.

10.11.1. В составе отделения выделяется кабинет приема врача, процедурные, помещения для обработки эндоскопического оборудования и вспомогательные помещения. Для проведения бронхоскопии, эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта и нижних отделов пищеварительного тракта выделяются отдельные процедурные. Проведение этих манипуляций в одной процедурной не допускается. При процедурной для исследования нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается санитарный узел.

10.11.2. Для соблюдения противоэпидемического режима эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

10.12. Отделения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), других вспомогательных репродуктивных технологий.

10.12.1. Состав помещений определяется технологическим процессом и мощностью учреждения. Минимальные площади специализированных и вспомогательных помещений представлены в приложении 1.

10.12.2. Помещения для амбулаторно-консультативного приема могут располагаться как в едином блоке с помещениями ЭКО, так и вне его. Количество и специализация консультативных кабинетов определяется заданием на проектирование.

10.12.3. В помещении криохранилища не должно быть водопроводных труб, кранов и другого водосодержащего сантехнического оборудования. Предусматривается приточно-вытяжная вентиляция с вытяжкой из нижней зоны. Помещение оборудуется датчиками для контроля содержания кислорода. Индикаторы должны быть выведены из рабочего помещения в места постоянного присутствия персонала.

10.13. Отделения гемодиализа.

10.13.1. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных больных. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным больным должна выделяться самостоятельная зона. Для амбулаторных пациентов предусматриваются помещения отдыха, переодевания и хранения личных вещей. Минимальные площади помещений, в том числе вспомогательных, отражены в приложении 1.

10.13.2. В отделении острого гемодиализа предусматриваются клиническая экспресс-лаборатория, малая операционная и палата интенсивной терапии.

10.13.3. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматриваются отдельные залы и оборудование.

10.13.4. Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

10.13.5. Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, должны быть привиты против гепатита В.

10.13.6. Процедуры детоксикации (гемосорбция, плазмоферез, экстракорпоральная гемокоррекция и др.) проводятся в условиях процедурного кабинета.

10.14. Отделения лучевой диагностики.

10.14.1. Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с требованиями норм радиационной безопасности и санитарных правил устройства и эксплуатации помещений для работы с источниками ионизирующих излучений.

10.14.2. Магнитно-резонансный томограф (МРТ) может размещаться в составе отделения лучевой диагностики.

Диагностическую МРТ кабинетов (отделений) не допускается размещать смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами для беременных, детей и кардиологических больных.

Экранирование осуществляется с помощью клетки Фарадея с учетом мощности томографа. Конструкция стен, потолка, пола, дверей, окон в помещении диагностической должна обеспечивать снижение уровней электромагнитного поля в прилегающих помещениях до допустимых значений (приложение 8). Звукоизоляция стен, потолка, пола, дверей, окон технического помещения и диагностической должна быть выполнена в соответствии с расчетами акустического влияния оборудования и обеспечивать гигиенические требования по шуму в смежных помещениях (приложения 9 и 10).

10.14.3. Размещение, оборудование кабинетов ультразвуковой диагностики должны соответствовать гигиеническим требованиям к условиям труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования. Предельно допустимые уровни ультразвука представлены в приложении 11.

10.15. Подразделения скорой и неотложной помощи.

10.15.1. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

10.15.2. Для работы станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусматривается следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

10.16. Патологоанатомические отделения и отделения судебно-медицинской экспертизы.

10.16.1. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть сблокировано с лечебным корпусом стационара.

10.16.2. В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, вход в траурный зал). Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными и иметь отдельный вход снаружи.

10.16.3. В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол, с запасным наружным входом.

10.16.4. Секционные столы должны быть изготовлены из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.

10.16.5. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключающих туберкулез, используются маски/респираторы. При подозрении на карантинные инфекции применяются защитные костюмы.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

10.16.7. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы должны храниться в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий.

10.16.8. В бюро судебно-медицинской экспертизы отделение экспертизы живых лиц располагается в изолированном отсеке, с самостоятельным входом.

10.17. Лабораторные подразделения.

10.17.1. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории должны размещаться в изолированных непроходных отсеках зданий. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения) определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами 3 - 4 групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней. Доставка материала в лаборатории из сторонних организаций осуществляется через самостоятельный вход.

10.17.2. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу.

10.17.3. Летучие химические вещества хранятся в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранятся в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10 - 20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

10.18. Амбулаторно-поликлинический прием.

10.18.1. В территориальных амбулаторно-поликлинических организациях мощностью до 100 посещений в смену (в том числе в офисах врача общей практики), а также в специализированных амбулаторно-поликлинических организациях неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, психоневрологические, кардиологические, наркологические, эндокринологические, онкологические) допускается наличие общей вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением туалета для детей), а также совместное использование диагностических отделений и отделений восстановительного лечения.

10.18.2. Вход детей в территориальные поликлиники организуется через фильтр-бокс. В поликлиниках может предусматриваться игровая.

10.18.3. Для организации приема семейного врача или врача общей практики в минимальном наборе помещений предусматриваются: холл с зоной рекреации и отдельным входом, кабинет врача, процедурная, перевязочная, смотровая, комната персонала, санузел.

10.19. Прием косметолога-терапевта.

10.19.1. Оказание медицинской помощи по косметологии терапевтической без нарушения целостности кожных покровов, в том числе с применением физиотерапевтических методов лечения, проводится в кабинете врача-косметолога. В случае применения инъекционных методов лечения предусматривается и процедурный кабинет.

10.20. Центральное стерилизационное отделение (ЦСО).

10.20.1. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны - грязная, чистая и стерильная. К грязной зоне относятся помещения приема и очистки изделий медицинского назначения, к чистой зоне относятся помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы. К стерильной зоне относятся: стерильная половина стерилизационной - автоклавной, склад стерильных материалов и экспедиция.

10.21. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы).

10.21.1. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации ФАПов изложены в главе VI.

10.22. Здравпункты предприятий и учреждений.

10.22.1. Состав и площадь помещений определяется заданием на проектирование с учетом численности обслуживаемого контингента и видами медицинской деятельности. Помимо медицинских кабинетов предусматриваются бытовые помещения для персонала. В здравпунктах соблюдаются правила противоэпидемического режима в соответствии с требованиями настоящих правил.

11. Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

11.1. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и

дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Администрация ЛПО организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

11.2. Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенных местах.

11.3. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

11.4. При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

11.5. Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря. Стиральные машины для стирки мопов и другой ветоши устанавливаются в местах комплектации уборочных тележек.

11.6. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

11.7. Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

11.8. Генеральная уборка операционного блока, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю. В день проведения генеральной уборки в оперблоке плановые операции не проводятся.

Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

11.9. При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в операционных блоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

11.10. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть раздельным, иметь четкую маркировку, применяться раздельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

При невозможности использования одноразовых тканевых салфеток многоразовые салфетки подлежат стирке.

11.11. Хранение уборочного инвентаря необходимо осуществлять в специально выделенном помещении или шкафу вне помещений рабочих кабинетов.

11.12. Для обеззараживания воздуха в помещениях с асептическим режимом следует применять разрешенные для этой цели оборудование и/или химические средства.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в соответствующих нормативно-методических документах и инструкциях по применению конкретного дезинфекционного оборудования и дезинфицирующих средств.

С целью снижения обсемененности воздуха до безопасного уровня применяются следующие технологии:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

- воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыливающей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

- применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров.

11.13. Для проведения уборки (кроме помещений класса А) допускается привлекать профессиональные уборочные (клининговые) компании, работающие в круглосуточном режиме, для которых необходимо предусматривать отдельные помещения. Персонал клининговых компаний при проведении уборки в ООМД должен соблюдать настоящие правила. Требования к условиям труда персонала клининговых компаний, работающего в ЛПО, определены пунктом 15 главы I настоящих правил.

11.14. Устранение текущих дефектов отделки (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и других) должно проводиться незамедлительно.

11.15. Сбор грязного белья осуществляется в закрытой таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные и маркированные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную кладовую для грязного белья. Временное хранение грязного белья в отделениях (не более 12 часов) допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха. Помещение и инвентарь ежедневно моются и дезинфицируются.

11.16. В стационарах и поликлиниках предусматриваются центральные кладовые для чистого и грязного белья. В медицинских организациях малой мощности чистое и грязное белье может храниться в раздельных шкафах, в том числе встроенных. Кладовая для чистого белья оборудуется стеллажами с влагоустойчивой поверхностью для проведения влажной уборки и дезинфекции. Центральная кладовая для грязного белья оборудуется напольными стеллажами, умывальником, вытяжной вентиляцией и устройством для обеззараживания воздуха.

11.17. Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть механизированы.

11.18. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

11.19. Транспортировка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

11.20. После выписки (смерти) больного, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев чехлов из материала, допускающего влажную дезинфекцию, камерная обработка не требуется. Дезинфекционной обработке подлежат кровать и тумбочка пациента. В медицинской организации должен быть обменный фонд постельных принадлежностей, для хранения которого предусматривается специальное помещение.

11.21. В строящихся и реконструируемых ЛПО рекомендуется устройство пунктов обработки кроватей с последующей комплектацией постельными принадлежностями.

11.22. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

В случае необходимости проведения ремонта в действующем здании допускается проведение ремонтных работ при обеспечении надежной изоляции функционирующих помещений (в том числе технических) от ремонтируемых. При ремонте пищеблоков питание пациентов и персонала обеспечивается другими организациями общественного питания, имеющими разрешение на приготовление лечебного питания.

11.23. В ООМД не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов. Проведение дезинсекции и дератизации должно осуществляться в соответствии с санитарными правилами специализированными организациями.

11.24. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в ООМД осуществляются в соответствии с санитарными правилами по обращению с медицинскими отходами.

11.25. Урны, установленные для сбора мусора у входов в здания и на территории (через каждые 50 м), должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

11.26. ООМД должна быть обеспечена необходимым количеством технологического оборудования для обращения с отходами разных классов опасности (стойки-тележеки, пакеты, мешки, контейнеры, в том числе непрокалываемые, и другое).

12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов

12.1. В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.

12.2. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов - только стерильные тканевые.

12.3. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

12.4. Гигиеническая обработка рук.

12.4.1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

12.4.2. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

12.4.3. Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

12.4.4. Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.4.5. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

12.4.6. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

12.4.7. Использование перчаток.

12.4.7.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

12.4.7.2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

12.4.7.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

12.5. Обработка рук хирургов.

12.5.1. Обработку рук хирургов проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в два этапа: I этап - мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой); II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий.

12.5.2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и ее продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.5.3. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

12.6. Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук при выполнении соответствующих манипуляций.

12.7. Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рук медицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала с целью повышения качества медицинской помощи.

12.8. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 - 200 мл) с кожным антисептиком.

12.9. Обеззараживание кожных покровов пациентов.

12.9.1. Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

12.9.2. Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов - только стерильные.

12.9.3. Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

12.9.4. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови.

12.9.5. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.9.6. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

13. Требования к правилам личной гигиены пациентов

13.1. При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижама/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляется в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передается его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одежда больных инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных санитарными правилами.

13.2. В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

13.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

13.4. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок - не менее 4 - 5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.

Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

13.5. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.

13.6. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

14. Требования к организации питания пациентов

14.1. Пищеблок ЛПО следует размещать в отдельно стоящем здании, которое может соединяться транспортными тоннелями с палатными отделениями, кроме инфекционных. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности, включая лифтовое оборудование и оснащение автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

14.2. Устройство и содержание помещений пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранения пищевых продуктов должны соответствовать санитарным правилам.

14.3. Состав и планировка помещений пищеблоков ЛПО должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд в соответствии с требованиями к общественному питанию <1>.

<1> СП 2.3.6.1079-01 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья"; зарегистрировано в Минюсте России 07.12.2001, регистрационный N 3077.

14.4. Поточность технологического процесса приготовления блюд должна исключать возможность контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

14.5. Пищевые продукты, поступающие на пищеблок, должны соответствовать гигиеническим требованиям, предъявляемым к продовольственному сырью и пищевым продуктам и сопровождаться документами, удостоверяющими их качество и безопасность, с указанием даты выработки, сроков и условий годности (хранения) продукции. Для контроля за качеством поступающей продукции проводится органолептическая оценка и делается запись в журнале бракеража продукции.

14.6. Продукты следует хранить по видам продукции: сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия и др.); хлеб; мясные, рыбные; молочно-жировые; гастрономические; овощи и фрукты.

Условия и сроки хранения продуктов должны соответствовать требованиям санитарных правил <1>.

_____

<1> СанПиН 2.3.2.1324-03 "Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов", зарегистрировано в Минюсте России 06.06.2003, регистрационный N 4654.

14.7. В холодильных камерах/холодильниках должны строго соблюдаться правила товарного соседства. Сырые и готовые продукты следует хранить отдельно. В небольших учреждениях, имеющих одну холодильную камеру, а также в камере суточного запаса продуктов допускается их совместное кратковременное хранение с соблюдением условий товарного соседства (на отдельных полках, стеллажах).

14.8. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений среди пациентов, связанных с употреблением недоброкачественной пищи:

а) не допускается принимать:

- продовольственное сырье и пищевые продукты без документов, подтверждающих их качество и безопасность;

- продовольственное сырье и пищевые продукты с истекшими сроками годности, признаками порчи и загрязнения; подмоченные продукты в мягкой таре (мука, крупа, сахар и другие продукты);

- крупу, муку, сухофрукты, продукты, зараженные амбарными вредителями, а также загрязненные механическими примесями;

- овощи, фрукты, ягоды с наличием плесени и признаками гнили;

- мясо и субпродукты сельскохозяйственных животных без клейма и ветеринарного свидетельства;

- мясо и яйца водоплавающей птицы (утки, гуси);

- непотрошеную птицу;

- кровяные и ливерные колбасы;

- яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой "тек", "бой", а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;

- консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные консервы, "хлопуши", банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;

б) не используются:

- фляжное, бочковое, непастеризованное молоко, фляжный творог и сметана без тепловой обработки (кипячения); прокисшее молоко "самоквас";

- консервированные продукты домашнего приготовления;

в) не изготавливаются на пищеблоке ЛПО:

- сырковая масса, творог;

- макароны с мясным фаршем ("по-флотски"), блинчики с мясом, студни, зельцы, окрошка, заливные блюда (мясные и рыбные);

- яичница-глазунья;

- кремы, кондитерские изделия с кремом;

- изделия во фритюре, паштеты.

14.9. При составлении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на одного больного.

Питание больных должно быть разнообразным и соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания.

При разработке планового меню, а также в дни замены продуктов и блюд должен осуществляться подсчет химического состава и пищевой ценности диет.

14.10. Обработка яиц, используемых для приготовления блюд, осуществляется в соответствии с требованиями, установленными санитарными правилами для предприятий общественного питания. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробках в производственных цехах не допускается.

14.11. Промывка гарниров, приготовленных из макаронных изделий и риса, не допускается.

14.12. Для приготовления и хранения готовой пищи следует использовать посуду из нержавеющей стали. Алюминиевую посуду можно использовать только для приготовления и кратковременного хранения блюд. Не допускается использовать для приготовления и хранения блюд эмалированную посуду.

14.13. Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Оценку органолептических показателей и качества блюд проводит бракеражная комиссия ЛПО, назначенная администрацией. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков. Результат бракеража регистрируется в журнале бракеража готовой продукции.

Для членов бракеражной комиссии выделяются отдельные халаты.

14.14. В целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи на пищеблоках ЛПО отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд.

Отбор суточной пробы проводит медицинский работник (или под его руководством повар) в специально выделенные обеззараженные и промаркированные стеклянные емкости с плотно закрывающимися крышками - отдельно каждое блюдо или кулинарное изделие. Холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) отбирают в количестве не менее 100 г. Порционные вторые блюда, биточки, котлеты, сырники, оладьи, колбаса, бутерброды оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Суточные пробы хранятся не менее 48 часов с момента окончания срока реализации блюд в специально отведенном в холодильнике месте/ холодильнике при температуре +2 - +6 °С.

Посуда для хранения суточной пробы (емкости и крышки) обрабатывается кипячением в течение 5 минут.

14.15. Для транспортирования готовой пищи в буфетные отделения ЛПО используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Хлеб можно транспортировать в полиэтиленовых или клеенчатых мешках, хранение хлеба в которых не разрешается.

14.16. При выдаче на пищеблоке блюд для буфетных отделений температура готовой пищи должна быть: первых - не ниже 75 °С, вторых - не ниже 65 °С, холодные блюда и напитки - от 7 до 14 °С. Срок раздачи готовых блюд не должен превышать 2 часов от момента приготовления.

14.17. В пищеблоке должно быть выделено помещение для мытья и хранения посуды для транспортировки пищи и тележек из отделений. При отсутствии данного помещения допускается мытье и хранение посуды для транспортировки в моечных буфетных отделений. Для этого необходимо предусмотреть дополнительную установку ванны необходимых размеров и выделено место для хранения кухонной посуды.

14.18. Для транспортировки пищевых продуктов с баз, магазинов, а также при доставке готовых блюд в отделения должен использоваться автотранспорт, имеющий санитарный паспорт.

14.19. В существующих ЛПО в моечных помещениях (в том числе в буфетных отделениях) должны быть предусмотрены резервные электроводонагревательные установки с подводкой воды к моечным ваннам.

14.20. Для обработки посуды необходимо использовать моющие, чистящие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в установленном порядке. В моечных отделениях вывешивают инструкцию о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

14.21. В буфетных отделений должно быть предусмотрено два помещения: для раздачи пищи (не менее 9 м2) и для мытья посуды (не менее 6 м2). В помещении буфетной предусматривается раковина для мытья рук. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом. Для ручной обработки посуды предусматривается не менее 2 моечных ванн с подводкой к ним холодной и горячей воды со смесителем. Моечные ванны присоединяются к канализационной сети с воздушным разрывом не менее 20 мм от верха приемной воронки. Все приемники стоков внутренней канализации имеют гидравлические затворы (сифоны).

В случае отсутствия условий для мытья транспортной посуды на пищеблоке устанавливается дополнительная ванна соответствующих размеров в моечной буфетной. При механизированной мойке используется моечная машина в соответствии с инструкцией по эксплуатации.

14.22. Обработка посуды проводится в следующей последовательности:

механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами, ополаскивание горячей водой - во второй мойке и просушивание посуды на специальных полках или решетках.

14.23. Дезинфекция (обеззараживание) посуды проводится в инфекционных больницах (отделениях) и по эпидемиологическим показаниям химическим (растворы дезинфицирующих средств, в том числе в моечной машине) или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и др.), а также обеззараживание остатков пищи от больного по режимам для соответствующих инфекций.

14.24. Щетки для мытья посуды и ветошь для протирки столов после окончания работы промывают с обезжиривающими средствами, дезинфицируют (при химической дезинфекции промывают проточной водой), просушивают и хранят в специально выделенном месте.

14.25. После каждой раздачи пищи производят влажную уборку помещений буфетных. Уборочный материал промывается, обеззараживается, просушивается.

14.26. Не допускается оставлять в буфетных остатки пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

14.27. Раздачу пищи больным производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения. Раздача пищи должна производиться в халатах с маркировкой "Для раздачи пищи". Не допускается к раздаче пищи младший обслуживающий персонал.

14.28. В местах приема передач и в отделениях должны быть вывешены списки разрешенных для передачи продуктов (с указанием их предельного количества).

14.29. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения. При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности, хранящихся без упаковок с указанием фамилии больного, а также имеющих признаки порчи, они должны изыматься в пищевые отходы. О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

14.30. В строящихся и реконструируемых ЛПО возможна организация индивидуально-порционной системы питания пациентов и персонала ("таблет-питание") - система, при которой на раздаточной линии пищеблока для каждого пациента (сотрудника) комплектуется индивидуальный поднос с крышкой, с набором порционных блюд. Доставка питания в отделения осуществляется в специальных термоконтейнерах - тележках. Использованная посуда помещается в отдельные отсеки этих же тележек и доставляется на пищеблок.

При применении технологии системы "таблет-питания" в палатных отделениях могут не предусматриваться столовые, буфетная состоит из одного помещения, которое оборудуется раковиной для мытья рук, моечной ванной для дезинфекции посуды (в случае проведения противоэпидемических мероприятий), бытовым холодильником, СВЧ-печью, электрическими чайниками.

Мытье посуды осуществляется централизованно на пищеблоке, при этом выделяются отдельные моечные для обработки кухонной посуды, столовой посуды пациентов и столовой посуды персонала, организуется также помещение для обработки тележек системы "таблет-питания".

Помещения моечных оборудуются моечными ваннами и посудомоечными машинами.

14.31. В случае, если предполагается оказание медицинской помощи детям в возрасте до одного года, в составе отделения для детей предусматриваются помещения для приготовления и розлива детских смесей.

14.32. В дневных стационарах с кратковременным пребыванием пациентов (не более 4 часов) без организации горячего питания предусматриваются комнаты подогрева пищи (с умывальником, холодильником и оборудованием для разогрева пищи). Допускается использование одноразовой посуды.

14.33. Требования настоящего раздела распространяются на сторонние организации, привлекаемые для обеспечения питания пациентов и персонала ЛПО.

15. Требования к условиям труда медицинского персонала

15.1. Персонал ООМД должен проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Периодические медицинские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензию на данные виды деятельности. Профилактическая иммунизация персонала проводится в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок.

15.2. На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а также шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения). Гигиенические нормативы изложены в приложениях 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11.

15.3. Условия труда медицинских работников, выполняющих ультразвуковые исследования, должны соответствовать гигиеническим требованиям.

15.4. При использовании компьютерной техники должны соблюдаться требования действующих санитарных правил <1>.

<1> СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы"; зарегистрировано в Минюсте России 10.06.2003, регистрационный N 4673.

15.5. Условия труда медицинских работников, выполняющих работы на лазерных установках, должны соответствовать требованиям действующих санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров.

15.6. Не допускается использование медицинского оборудования, в том числе наркозного, являющегося источником выделения вредных веществ, без отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров.

15.7. Работа с вредными химическими веществами (цитостатики, психотропные средства, химические реактивы) в процедурных, аэрозольно-ингаляционных кабинетах, лаборантских,

зуботехнических лабораториях и других аналогичных помещениях предусматривается при условии использования местных вытяжных устройств.

15.8. Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих ООМД в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции следует предусматривать устройство обеззараживания воздуха рециркуляционного типа.

15.9. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

15.10. Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

15.11. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом.

15.11.1. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

15.11.2. Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее 0,08 м2 на 1 вешалку (крючок) гардеробной.

15.11.3. Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее 0,5 м2 на 1 шкаф.

15.11.4. Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины.

15.12. В составе подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. Один санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не более 15 чел.

15.13. В ЛПО по заданию на проектирование, в зависимости от мощности предусматриваются столовые, буфетные или комнаты приема пищи для персонала.

15.14. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

15.15. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

В оперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканого материала.

15.16. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизованно и раздельно от белья больных.

15.17. Смена одежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения. В учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала, работающего в помещениях с асептическим режимом, должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Сменная одежда и обувь должна быть предусмотрена также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

15.18. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.

Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

15.19. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

15.19.1. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

15.19.2. Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком.

15.19.3. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

15.19.4. При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.

15.19.5. При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем.

15.19.6. По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ-инфекции в соответствии с приложением 12.

15.19.7. При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15.20. Для ухода за кожей рук используются смягчающие и защитные кремы, обеспечивающие эластичность и прочность кожи.

II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность

1. Общие положения

1.1. В целях профилактики внутрибольничных инфекций (далее - ВБИ) в лечебно-профилактической организации (далее - ЛПО) осуществляются дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения.

Ответственность за организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также за обучение персонала по данным вопросам несет руководитель ООМД, который руководствуется настоящими санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами.

1.2. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий ООМД должны регулярно обеспечиваться моющими и дезинфицирующими средствами различного назначения, кожными антисептиками, средствами для стерилизации изделий медицинского назначения, а также стерилизационными упаковочными материалами и средствами контроля (в том числе химическими индикаторами).

1.3. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

1.4. Профилактическая дезинфекция осуществляется в формах:

- плановой;
- по эпидемиологическим показаниям;
- по санитарно-гигиеническим показаниям.

1.4.1. Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в ЛПО при отсутствии в них ВБИ, когда источник возбудителя не выявлен и возбудитель не выделен, с целью:

- уменьшения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности размножения микроорганизмов;
- предупреждения распространения микроорганизмов через изделия медицинского назначения, руки и кожные покровы медицинского персонала и больных;
- освобождения помещений ЛПО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

При плановой профилактической дезинфекции в ЛПО проводится:

- обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

- обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, после их использования у пациента;

- дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целости тканей, то есть при "нестерильных" эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов;

- гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

- обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

- обработка операционного и инъекционного полей;

- полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

- обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

- дезинсекция, обеспечивающая освобождение или снижение численности членистоногих в помещении и на окружающей территории;

- дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение их численности на окружающей территории.

1.4.2. Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью не допустить распространения возбудителей ВБИ и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с учетом эпидемиологических особенностей конкретной внутрибольничной инфекции (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, дезинсекции, дератизации).

1.4.3. Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится как разовое мероприятие в помещениях организаций, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии, по методике проведения генеральных уборок.

Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций.

При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха.

Генеральная уборка функциональных помещений, палат и кабинетов проводится по графику не реже одного раза в месяц; операционных блоков, перевязочных, родильных залов, процедурных, манипуляционных, стерилизационных - один раз в неделю.

При генеральной уборке режимы применения дезинфицирующих средств определяются с учетом профиля стационара и микробной контаминации объектов.

1.5. Очаговая дезинфекция проводится при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических организациях любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) с их выделениями и через объекты, имевшие контакт с больными в стационаре (отделении) и за его пределами.

При очаговой дезинфекции обеззараживаются различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала; дезинсекция и дератизация.

Очаговая дезинфекция осуществляется в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции.

1.5.1. Текущая очаговая дезинфекция объектов внутрибольничной среды в окружении больного проводится с момента выявления у больного внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

В ходе текущей очаговой дезинфекции проводится систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: изделий медицинского назначения, предметов ухода, посуды, белья, поверхностей в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание

медицинских отходов класса Б и В, дезинсекция и дератизация. При текущей дезинфекции проводится гигиеническая обработка рук медицинского персонала, полная или частичная обработка кожных покровов больных и персонала, инъекционного поля.

1.5.2. Заключительная очаговая дезинфекция проводится после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре.

В ходе заключительной очаговой дезинфекции:

- обеззараживаются поверхности помещений, в которых находился больной, и места общего пользования; поверхности оборудования и приборов; изделия медицинского назначения; предметы ухода за больным, медицинские отходы;

- обеззараживаются в дезинфекционных камерах постельные принадлежности, нательное белье и вещи больного, выдаваемые ему перед выпиской;

- обеззараживается санитарный транспорт, перевозивший больного;

- проводится полная или частичная санитарная обработка кожных покровов больных перед выпиской;

- проводится дезинсекция и дератизация.

1.6. Мероприятия по дезинфекции водных систем ЛПО (систем водоснабжения, централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха и др.) проводятся с целью профилактики распространения легионеллезной инфекции. Микробиологический мониторинг на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год для централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, систем горячего и холодного водоснабжения и ежеквартально для бассейнов.

1.7. При проведении инвазивных манипуляций во всех отделениях и амбулаторно-поликлинических организациях используются стерильные изделия медицинского назначения, которые после использования подвергаются при профилактической и очаговой дезинфекции обеззараживанию, а изделия многократного применения - также предстерилизационной очистке и стерилизации.

Предстерилизационная очистка и стерилизация проводятся в централизованных стерилизационных отделениях (далее - ЦСО), а при их отсутствии в отделениях ЛПО систематически во всех случаях при подготовке изделий к предстоящим медицинским манипуляциям, при которых эти изделия будут соприкасаться с кровью, раневой поверхностью, инъекционными препаратами или при которых имеется риск повреждения слизистых оболочек.

1.7.1. Предстерилизационная очистка осуществляется в качестве самостоятельного процесса после дезинфекции изделий или при совмещении с ней. Ее цель - удаление с изделий медицинского назначения любых неорганических и органических загрязнений (включая белковые, жировые, механические и другие), в том числе остатков лекарственных препаратов, сопровождающееся снижением общей микробной контаминации для облегчения последующей стерилизации этих изделий.

1.7.2. Целью стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним, используемых в диагностических и лечебных целях с нарушением целостности тканей (то есть используемых при стерильных эндоскопических манипуляциях), является обеспечение гибели на изделиях (и внутри них) микроорганизмов всех видов, в том числе и споровых форм.

1.8. Для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации, дезинсекции и дератизации используются химические, физические средства, оборудование, аппаратура и материалы, разрешенные к применению в ЛПО в установленном в Российской Федерации порядке, не оказывающие неблагоприятного воздействия на человека.

При выборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, применяемых в организации, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

Для проведения текущей и профилактической дезинфекции в присутствии больных применяются малоопасные дезинфекционные средства (IV класса опасности).

1.9. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией (последовательная замена дезинфектанта из одной химической группы на дезинфектант из другой химической группы) при необходимости.

1.10. В ООМД должен быть не менее чем месячный запас разнообразных дезинфицирующих средств (ДС) различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

1.11. Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия дезинфицирующего средства, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.

1.12. Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах, отвечающих установленным требованиям <1>, в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

<1> СП 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности", зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2003, регистрационный N 4757.

2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения

2.1. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

2.2. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

2.3. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

2.4. ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и изделиями медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов <1>.

<1> Правила обработки эндоскопов и инструментов к ним изложены в СП 3.1.1275-03 "Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях", зарегистрировано в Минюсте России 14.04.2003, регистрационный N 4417.

2.5. Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

2.6. Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза); в микологических стационарах (кабинетах) - по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

2.7. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов. Рекомендуется использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

2.8. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее - "раствор") с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

2.9. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

2.10. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

2.11. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

2.12. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.13. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой проб на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

2.14. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

2.15. Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

2.16. Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.17. Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионно-стойких металлов, стекла, белье, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.18. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85 °С до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

2.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило, применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

2.20. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для

стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.

2.21. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

2.22. В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

2.23. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

2.24. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

2.25. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

2.26. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

- при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химических средств;
- при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

2.27. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

2.28. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

2.29. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

2.30. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.31. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

2.32. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

2.33. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

2.34. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.

2.35. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.

2.36. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

2.37. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

2.38. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3. Обеспечение проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

3.1. В целях защиты пациентов и персонала от внутрибольничной инфекции организуется и проводится производственный контроль соблюдения требований настоящих санитарных правил в лечебно-профилактических организациях при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий, работ и услуг.

3.2. Производственный контроль включает:

- наличие в организации официально изданных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;
- назначение лиц, ответственных за организацию и осуществление производственного контроля;
- организацию лабораторно-инструментальных исследований;
- контроль наличия в организации документов, подтверждающих безопасность и безвредность продукции, работ и услуг;
- визуальный контроль уполномоченными должностными лицами за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарно-эпидемиологических правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

3.2.1. Производственный контроль проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий осуществляется на основании соответствующего раздела плана производственного контроля ЛПО, включающего программу лабораторно-инструментального контроля. План производственного контроля разрабатывает лицо, ответственное за организацию и проведение производственного контроля, а утверждает руководитель лечебно-профилактической организации.

3.2.2. Лицо, ответственное за проведение производственного контроля, представляет отчет руководителю организации (индивидуальному предпринимателю) об исполнении плана для принятия соответствующих организационных мер.

3.2.3. Юридические лица и индивидуальные предприниматели являются ответственными за своевременность, полноту и достоверность осуществляемого производственного контроля.

3.3. Материально-техническое обеспечение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий определяется санитарными требованиями к помещению и прилегающей к нему территории, профилем организации, видами и количеством проводимых медицинских манипуляций.

3.4. Критериями оценки качества проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в ЛПО являются:

- отрицательные результаты посевов проб со всех объектов внутрибольничной среды (в том числе контроль стерильности);
- показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы;
- отсутствие в помещениях ЛПО грызунов, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения;
- отсутствие в помещениях ЛПО членистоногих, подтвержденное с применением субъективной оценки и объективных методов обнаружения.

III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций

1.1. Любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

1.2. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебных организациях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

1.3. Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в лечебной организации является руководитель данной организации.

1.4. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе) и/или помощник врача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее - врач-эпидемиолог). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя лечебной организации.

1.5. С целью контроля внутрибольничных инфекций в лечебной организации создается комиссия по профилактике ВБИ, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы лечебной организации. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для каждой конкретной лечебной организации.

1.6. В состав комиссии входят: председатель - заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, главная медицинская сестра, врач-хирург (заведующий одним из хирургических отделений), врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий реанимационным отделением), врач-бактериолог (заведующий лабораторией), заведующий аптекой, врач-инфекционист, патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.7. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации, координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

1.8. Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит сотрудник лечебной организации (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе, врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующий отделением, старшая медицинская сестра и другие) в зависимости от функциональных обязанностей, утвержденных в данной лечебной организации.

1.9. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога. В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год. Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Медицинские работники проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем - 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем - 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем - по показаниям);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - по показаниям);
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем - 1 раз в год).

Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.

В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

1.10. К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, а также лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.

1.11. Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка не проводят. Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

1.12. Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. Один раз в 10 лет персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка. В связи с задачей ликвидации кори в стране проводится дополнительная иммунизация лиц до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.

1.13. В хирургических стационарах (отделениях) должен быть налажен учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика).

1.14. Весь персонал должен проходить ежегодное диспансерное наблюдение для своевременного выявления заболеваний и проведения соответствующих лечебных мероприятий.

1.15. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

2. Эпидемиологический надзор

2.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ в хирургических стационарах (отделениях) предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патолого-анатомических данных;
- анализ заболеваемости ВБИ у пациентов;
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов;
- характеристику лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях);
- данные об антибиотикопрофилактике и терапии;
- микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и другим);
- выявление, учет и регистрацию ВБИ у медицинского персонала;
- анализ заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала;
- оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

2.2. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими отделениями:

- организует контроль за выявлением ВБИ и оперативный (ежедневный) учет внутрибольничных инфекций;
- организует сбор ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений) о случаях инфекционных заболеваний среди пациентов, расследует причины их возникновения и информирует руководство для принятия неотложных мер;
- разрабатывает и организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики;
- контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

2.3. Учет и регистрация ВБИ осуществляются в установленном порядке.

2.4. Учету и регистрации подлежат заболевания и осложнения в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (далее - МКБ-10). Приложение 13

2.5. При хирургическом вмешательстве отмечаются следующие виды инфекций:

а) поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из поверхностного разреза;

- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

- имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны и другие);

б) глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;

- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка (> 37,5 °C), локализованная боль или болезненность;

- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);

в) инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;

- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

- лихорадочное состояние;

- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе).

2.6. К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции - до года.

2.7. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

2.8. Информация о каждом пациенте с выявленной ВБИ предусматривает:

- дату рождения;
- отделение;
- дату поступления;
- перенесенную(ые) операцию(ии);
- дату(ы) операции(ий);
- время начала и окончания операции(ий);
- оперировавших хирургов;
- номер операционной;
- номер палаты;
- дату заболевания;
- дату регистрации (выявления) ВБИ;
- тип чистоты операции (класс раны);
- оценку тяжести состояния пациента;
- данные микробиологических исследований;

- диагноз в соответствии с МКБ-10;

- наличие инфекции иной локализации.

2.9. О каждом случае ВБИ у оперированных больных лечебная организация информирует органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

2.10. Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебных организациях. Все эти лечебные организации должны оперативно сообщать в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ВБИ у оперированного пациента.

2.11. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа.

2.12. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо собирать информацию о всех прооперированных пациентах, вне зависимости от наличия или отсутствия у них ВБИ в послеоперационном периоде. Минимальный набор данных о всех пациентах, подвергшихся оперативному вмешательству, определен в пункте 2.8.

2.13. Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:

- результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора;

- при проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.

2.14. Возникновение или подозрение на ВБИ у пациента и персонала является показанием к проведению микробиологических исследований.

2.15. Забор материала следует проводить непосредственно из патологического очага до начала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойных процессов.

2.16. Забор и транспортирование клинического материала на микробиологические исследования осуществляются в соответствии с техникой сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории.

2.17. При вялотекущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и другом целесообразно проводить обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

2.18. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

2.19. Микробиологическая служба представляет лечащему врачу и эпидемиологу информацию для дальнейшего анализа:

- количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;

- количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы (отдельно по каждому из видов);

- количество выделенных микробных ассоциаций;

- количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;

- чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам.

2.20. Необходимо обращать особое внимание на метициллин (оксациллин) резистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью для проведения целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.21. При расследовании вспышек для успешного выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.

2.22. Лабораторное исследование объектов окружающей среды в лечебной организации проводят в соответствии с санитарными правилами по организации и проведению производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по разработанному плану производственного контроля, обращая особое внимание на контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

2.23. Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды, кроме тех, которые предусмотрены пунктами 2.21, 2.22, не проводятся.

2.24. Эпидемиологический анализ заболеваемости предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в стационаре (отделении) хирургического профиля и разработки комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2.25. Оперативный и ретроспективный анализ предусматривает изучение заболеваемости ВБИ по локализации патологического процесса, этиологии и срокам развития ВБИ.

2.26. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневного учета по первичным диагнозам.

2.27. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении в эпидемиологическом плане, адекватности проводимых мер или необходимости их коррекции.

2.28. Анализ заболеваемости ВБИ проводится с учетом:

- сроков возникновения заболевания после операции;
- места проведения операции (номер операционной);
- длительности операции;
- времени, прошедшего с момента поступления до операции;
- продолжительности пребывания в стационаре;
- профилактического применения антибиотиков;
- типа чистоты операции (класса раны);
- оценки тяжести состояния пациента.

2.29. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи. О возникновении групповых заболеваний лечебная организация, в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2.30. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;
- анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;
- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;
- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;
- анализ оперативных вмешательств;
- распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);
- анализ данных о формировании госпитальных штаммов;
- определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ВБИ;
- анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ВБИ.

2.31. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ у пациентов выявляет фоновый уровень заболеваемости, основные источники инфекции, ведущие факторы передачи и является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

2.32. Для корректного сравнения показателей частоты послеоперационных инфекционных заболеваний их расчет проводится с учетом основных факторов риска: типа операции, длительности операции, тяжести состояния пациента. Не рекомендуется сравнение абсолютного количества ВБИ, а также интенсивных показателей, рассчитанных на 100 операций, без учета факторов риска.

2.33. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в заносе в лечебную организацию и распространении ВБИ.

2.34. В зависимости от степени контаминации раны во время операции выделяют:

- чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);
- условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения);
- загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого из желудочно-кишечного тракта);

- грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном плане до начала операции).

2.35. Риск развития ВБИ для чистых ран составляет 1 - 5%, для условно чистых - 3 - 11%, для загрязненных - 10 - 17% и для грязных - более 25 - 27%.

2.36. Помимо интенсивных показателей заболеваемости рассчитывают показатели, позволяющие определить действие ряда факторов риска (стратифицированные показатели), - частоту инфекций:

нижних дыхательных путей на 1 000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких и структуру их (у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ);

кровотока на 1 000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов);

мочевыводящих путей на 1 000 пациенто-дней уринарных катетеризаций и структуру их (у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря).

3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций

3.1. Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.

3.2. Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

3.3. Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

3.4. При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке, предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условиях с проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) без повторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ВБИ.

3.5. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

3.6. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации.

3.7. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуются отделения дневного пребывания больных (далее - ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровом отделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.

3.8. В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3.9. Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе с любым пациентом.

3.10. Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием проводится гигиеническая обработка рук.

3.11. Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов в соответствии с правилами, изложенными в главе I.

3.12. При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.

3.13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокалываемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокалываемые контейнеры.

3.15. Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.

3.16. Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии - в отдельную палату.

3.17. Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

3.18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

3.19. Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение); по жизненным показаниям из-за оперативного вмешательства - изоляции в отдельную палату.

3.20. Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами.

3.21. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;
- перевязка пациентов проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;
- после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

3.22. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

3.23. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

3.24. Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями, изложенными в главе I.

3.25. При нарушении целости перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.:

- снять перчатки;
- вымыть руки мылом и водой;
- тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;
- обработать кожным антисептиком дважды.

3.26. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами.

3.27. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целости кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

3.28. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать ее проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

3.29. Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

3.30. Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями по применению конкретного средства.

3.31. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны - от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

3.32. Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3.33. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.

3.34. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать

рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

3.35. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно раздельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время.

3.36. Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами по обеззараживанию кожных покровов.

3.37. Профилактическое назначение антибиотиков (антибиотикопрофилактика) является одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

3.38. При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так и возможный риск, исходя прежде всего:

- из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;
- из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;
- из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

3.39. При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.40. Антибиотики для профилактики ВБИ в большинстве случаев следует применять в тех же дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).

3.41. Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы (внутримышечное введение, местное применение - в рану) уступают по своей эффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточно эффективно.

3.42. Антибиотики для профилактики ВБИ следует вводить до (в крайнем случае во время) операции; с учетом периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ, - не ранее 2 ч до операции, в идеале - за 15 - 20 мин. до разреза.

3.43. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

3.44. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях.

4. Профилактика внутрибольничных инфекций в операционном блоке и перевязочных

4.1. Территория операционного блока разделяется на три функциональные зоны: неограниченная, полусвободная, ограниченная:

- неограниченная зона состоит из служебных помещений, помещений для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов "А" и "Б", использованного белья, а также технических помещений;
- полусвободная зона состоит из помещений санпропускника, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;
- ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных, стерилизационной, комнат для наркоза. Предпочтительнее предстерилизационную обработку и стерилизацию проводить в централизованном стерилизационном отделении (далее - ЦСО).

4.2. Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения оборудования, персонала или больного. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму.

4.3. Операционный блок оборудуют вентиляционными установками с преобладанием притока воздуха над вытяжкой.

4.4. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

- стол предварительно дезинфицируют способом протирания одним из средств, рекомендованных для дезинфекции поверхностей в помещениях;
- простыни, используемые для подготовки стерильных столов, перед стерилизацией проверяют на целость материала. При наличии повреждений их следует заменить. Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургического белья или стерильных одноразовых специальных комплектов.

4.5. Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок):

- визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целость стерилизационной упаковки однократного применения;

- проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе на стерилизационных упаковочных материалах;

- проверяют дату стерилизации;

- на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.

4.6. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки (без шапочки и маски вход в операционную запрещен).

4.7. При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба - к стене. Простыни располагают "внахлест" таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали примерно на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы ее края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.

4.8. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать только в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операции.

4.9. При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладывают стерильные инструменты и материалы и сверху накрывают их стерильной пеленкой, сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей.

4.10. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.

4.11. Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты.

4.12. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки.

4.13. Члены операционной бригады перед входом в ограниченную зону надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в главе I настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халат и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата.

4.14. Хирургические халаты, используемые в оперблоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги.

4.15. При нарушении целости перчаток во время операции их необходимо немедленно заменить, а руки обработать спиртосодержащим кожным антисептиком.

4.16. При возникновении "аварийной ситуации" во время операции (нарушение целости кожных покровов рук членов операционной бригады) немедленно должны быть проведены мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции.

4.17. Для проведения операций с высоким риском нарушения целости перчаток следует надевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности.

4.18. При подготовке к работе перевязочной до начала работы проводится влажная уборка помещения перевязочной с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.

4.19. Для уборки перевязочной используют специально выделенный халат, перчатки, маску и шапочку, промаркированный инвентарь, салфетки, емкость.

4.20. После проведения уборки перевязочной медицинский персонал снимает спецодежду, моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку.

4.21. В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь две перевязочные - для проведения "чистых" и "грязных" перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие одной перевязочной. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

4.22. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

4.23. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

4.24. Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой) перед каждой новой перевязкой.

4.25. Медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости - и в фартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократного применения.

4.26. Снятие повязки проводится перевязочной сестрой в чистых (нестерильных) перчатках.

4.27. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

4.28. Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом (пинцетом).

4.29. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, халаты сбрасывают в емкость для сбора отходов класса "Б" и в дальнейшем подвергают дезинфекции и утилизации.

4.30. Инструменты многократного применения после перевязки дезинфицируют способом погружения в дезинфицирующий раствор, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации (в ЦСО - при его наличии в лечебной организации).

4.31. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. Один раз в неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии

5.1. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

5.2. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

5.3. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

5.4. После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кровать обрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах непроницаемых для влаги чехлов их протирают растворами дезинфектантов.

5.5. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

5.6. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи).

5.7. Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используют стерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.

5.8. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.

5.9. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

5.10. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

5.11. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки кожным антисептиком и надевает стерильные перчатки.

5.12. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки или прозрачную повязку.

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую.

5.14. При появлении первых признаков инфекции катетер удаляется и направляется на бактериологическое исследование.

5.15. Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70%-ным раствором спирта перед введением иглы во флакон.

5.16. Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потоком воздуха, использованием асептической технологии.

5.17. Перед использованием флаконы с парентеральными растворами визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещины и срок годности.

5.18. Перед каждым доступом в систему персонал обрабатывает руки и место доступа кожным спиртовым антисептиком.

5.19. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

5.20. Назначение катетеризации мочевого пузыря должно производиться только по строгим клиническим показаниям.

5.21. Следует использовать только стерильные катетеры.

5.22. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.23. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

5.24. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

5.25. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

5.26. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

5.27. Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажные системы со специальным выходом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки; промывают катетер с соблюдением принципа асептики в случаях удаления сгустков крови; не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

5.28. Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

5.29. Замену катетера производят только по строгим показаниям (например, обструкция катетера).

5.30. Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться выше уровня пола, но ниже уровня кровати пациента.

5.31. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

5.32. При использовании дыхательной аппаратуры следует удалять эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

5.33. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

5.34. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет ротоглотки.

5.35. Если возможно загрязнение респираторными секретами от пациента, следует надевать халат, который необходимо сменить при переходе к другому пациенту.

5.36. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях, трахеостомические трубки необходимо подвергать стерилизации.

5.37. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

5.38. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные отсосные катетеры однократного применения.

5.39. Следует использовать стерильные расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).

5.40. Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т.п.) производить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента.

5.41. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

6. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия

6.1. В целях профилактики и борьбы с ВБИ систематически осуществляется профилактическая дезинфекция (текущие и генеральные уборки), а при появлении случая ВБИ - текущая (дезинфекция всех предметов, имеющих контакт с заболевшим пациентом) и/или заключительная (обеззараживание всех предметов в палате после перевода пациента в другое отделение, выздоровления и др.) дезинфекция. Дезинфекционные и стерилизационные мероприятия проводятся в соответствии с требованиями глав I и II.

6.2. В целях предупреждения возможного формирования резистентных к дезинфектантам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости госпитальных штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам с последующей их ротацией при необходимости.

6.3. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности,

тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и другие.

6.4. Подготовка к применению и обработка использованных изделий медицинского назначения проводятся в соответствии с требованиями глав I, II настоящих правил.

6.5. В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде.

Категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

6.6. При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Рекомендуется использование тепловлагообменников. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов.

6.7. Профилактическая (текущие и генеральные уборки) дезинфекция в помещениях различных структурных подразделений хирургического стационара осуществляется в соответствии с главой I настоящих правил. Виды уборок и кратность их проведения определяются назначением подразделения.

6.8. При проведении текущих уборок с применением растворов ДС (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и другого дезинфицируют способом протирания. Для этого целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение готовых форм ДС, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами ДС, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

6.9. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре ВБИ - по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

6.10. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

6.11. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

6.12. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами ДС способом орошения, а также применение способом протирания ДС, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

6.13. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, перчатки, фартук), а также промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

6.14. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом орошения с помощью гидропульта и других распыливающих устройств (установок). Норма расхода ДС составляет в среднем от 100 до 300 мл на 1 м2.

6.15. Воздух в помещениях стационаров (отделений) хирургического профиля следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и/или химических средств, применяя следующие технологии:

- воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

необходимое число облучателей для каждого кабинета определяется расчетным путем согласно действующим нормам;

- воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

- воздействие озоном с помощью установок - генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

- применение антимикробных фильтров.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в действующих нормативных документах, а также в инструкциях по применению конкретных ДС и руководствах по эксплуатации конкретного оборудования, предназначенных для обеззараживания воздуха в помещениях.

6.16. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором ДС; кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электро/вакуум отсосов, судна, мочеприемники, тазики эмалированные, наконечники для клизм, резиновые клизмы и др. - способом погружения в раствор ДС с последующим промыванием водой. Этим же способом обеззараживают медицинские термометры. Для обработки предметов ухода (без их маркировки) за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

6.17. Посуду столовую и чайную в хирургическом стационаре обрабатывают в соответствии с Главой I настоящих правил. Механическая мойка посуды в специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных - для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают.

При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

6.18. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного, постельного белья, полотенец, спецодежды медицинского персонала и др.) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки N 10 (90 °C) согласно технологии обработки белья в медицинских организациях.

6.19. После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором ДС способом протирания.

Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

6.20. Обеззараживание медицинских отходов классов Б и В (комплекты однократного использования, перевязочный материал, ватно-марлевые повязки, тампоны, белье, маски, спецодежда, салфетки, изделия медицинского назначения однократного применения и др.) осуществляют в соответствии с действующими санитарными правилами.

IV. Профилактика внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах (отделениях)

1. Организация мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах

1.1. В данной главе устанавливаются основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекционных заболеваний в стационарах (отделениях) акушерского профиля лечебных организаций, перинатальных центров.

1.2. Ответственным за организацию и контроль за выполнением комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями в родовспомогательном учреждении является руководитель ЛПО, акушерского стационара (отделения).

1.3. Организацию мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет заместитель главного врача по эпидемиологической работе (врач-эпидемиолог). В случае отсутствия врача-эпидемиолога эта работа возлагается на заместителя главного врача по лечебной работе.

1.4. С целью контроля внутрибольничных инфекций в акушерском стационаре (отделении) приказом по учреждению создается комиссия по профилактике ВБИ во главе с главным врачом или его заместителем по лечебной работе, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы стационара. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для конкретного учреждения.

1.5. В состав комиссии входят: заместитель главного врача по эпидемиологической работе (заместитель главного врача по лечебной работе), врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующие структурными подразделениями, главная акушерка, бактериолог, патологоанатом, клинический фармаколог. При необходимости приглашаются другие специалисты. Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

1.6. Главный врач акушерского стационара (отделения) организует проведение инструктажа для медицинских работников по соблюдению профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий с последующей сдачей зачетов два раза в год.

1.7. При поступлении на работу в акушерские стационары (отделения) медицинские работники проходят осмотр врачей: терапевта, стоматолога, отоларинголога, дерматовенеролога и гинеколога (в дальнейшем 1 раз в год). Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

Все медицинские работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие уход за пациентами, проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - один раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год), привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации;
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследования крови на сифилис (в дальнейшем 1 раз в год);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем 1 раз в год).

Другие диагностические исследования проводятся в зависимости от выявленной патологии у медицинского персонала. Результаты обследования вносятся в личную медицинскую книжку.

1.8. Персонал акушерских стационаров (отделений) должен быть привит в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

1.9. Обследование персонала на условно-патогенную и патогенную флору осуществляется по эпидемиологическим показаниям. Обследование медицинского персонала на носительство золотистого стафилококка в плановом порядке не проводится.

1.10. Медицинский персонал акушерских стационаров с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний к работе не допускается.

1.11. Данные периодических осмотров, результаты лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в медицинскую карту и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

1.12. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Организация противоэпидемического режима

2.1. В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные данными санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2.2. Акушерский стационар может быть устроен по типу родильного дома (отделения) или перинатального центра.

2.2.1. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и/или раздельным пребыванием матери и ребенка. В составе родильного дома предусматривается физиологическое и обсервационное отделение. Допускается отсутствие обсервационного отделения при наличии палат на 1 - 2 места и возможности планировочной изоляции одной из палатных секций в случае необходимости организации ее работы по типу обсервационного отделения. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

2.2.2. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН), а также отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН).

2.3. Категорически запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

2.4. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости - для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с органами, осуществляющими Государственный санитарный надзор.

2.5. В родовом зале при приеме родов и операционных при проведении операций медицинский персонал работает в масках одноразового применения. В отделениях новорожденных маски используют при проведении инвазивных манипуляций. Обязательно использование масок одноразового применения во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия.

2.6. После любого контакта с пациентами и любой манипуляции проводится гигиеническая обработка рук.

2.7. Сроки выписки из акушерского стационара определяются состоянием здоровья матери и ребенка. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка на 3 - 4 сутки после родов, в том числе до отпадения пуповины.

2.8. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезсредств при наличии водонепроницаемых чехлов.

2.9. Родильный дом обязан информировать о выписке родильницы и ребенка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

2.10. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливается администрацией родильного дома (отделения).

2.11. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

2.12. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые. Санитарная одежда меняется ежедневно.

2.13. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств. Виды уборок помещений различных структурных подразделений акушерского стационара и кратность их проведения представлены в приложении 14.

2.14. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных должны проводиться по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

2.15. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

- соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);

- соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;

- свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах;

- убедиться в целостности аварийной аптечки при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;

- выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;

- при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз) провести экстренную профилактику в соответствии с приложением 12.

Особенно тщательно меры предосторожности должны соблюдаться при наличии у родильницы клиники острой инфекции, кровохарканья, открытых форм туберкулеза, острой пневмоцистной пневмонии.

3. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров и перинатальных центров

3.1. Приемно-смотровое отделение.

3.1.1. При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение "мать-дитя" решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

3.1.2. При поступлении роженицы проводится медицинский осмотр, санитарная обработка. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы в обязательном порядке не проводятся. Душ назначается всем пациентам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

3.2. Родовой блок.

3.2.1. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребенка предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребенка соблюдается цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу "семейной комнаты".

3.2.2. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Разрешается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3.2.3. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в чистое индивидуальное белье (рубашка, косынка, бахилы).

3.2.4. В родовом зале прием родов осуществляется поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, применяемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

3.2.5. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трех периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

3.2.6. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3.2.7. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3.2.8. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

3.2.9. Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта "кожа-к-коже" с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3.2.10. Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

3.2.11. Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3.2.12. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Все оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибов. Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

3.3. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

3.3.1. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.

3.3.2. Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение одних суток.

3.3.3. Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 суток.

3.3.4. Постельное белье меняется каждые 3 дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

3.4. Отделение новорожденных.

3.4.1. Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 суток.

3.4.2. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании рекомендуется грудное вскармливание по "требованию" младенца.

3.4.3. Все изделия медицинского назначения многоразового использования, в том числе инструменты, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и др.), подлежат дезинфекции, а затем стерилизации. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного.

3.4.4. Для новорожденных используются лекарственные формы только в мелкой расфасовке и/или однократного применения.

3.4.5. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе ВУИ) в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденные с подозрением на инфекционное заболевание переводятся в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

3.4.6. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляется в отдельном помещении.

3.5. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3.5.1. В акушерских стационарах предусматривается молочная комната для сбора и пастеризации грудного молока, приготовления молочных смесей (2 помещения: для подготовки посуды и приготовления смесей). Кроме того, в перинатальных центрах при ОРИТН и ОПНН выделяют помещения для сцеживания грудного молока.

3.5.2. Для кормления новорожденного используется сцеженное грудное молоко только его матери.

3.5.3. При необходимости сцеживания грудного молока матерям выдают обеззараженную посуду.

3.5.4. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30 - 50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5 - 7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

3.5.5. Пастеризованное молоко, молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть стерильными в индивидуальной разовой расфасовке.

3.5.6. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей осуществляется с использованием стерильной посуды. Допускается использование готовых жидких смесей.

3.6. Обсервационное отделение.

3.6.1. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствии с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат.

3.6.2. Показания к приему беременных и рожениц:

- лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинически выраженных других симптомов);

- инфекционная патология, в том числе:

- острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);

- острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);

- ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;

- туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;

- прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;

- внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

- отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

- роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

3.6.3. Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

- лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более 1 суток;

- проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

3.6.4. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в условиях гинекологического стационара (отделения).

3.6.5. Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

- новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;

- новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;

- дети, родившиеся вне родильного дома.

3.6.6. Новорожденные с инфекционными заболеваниями переводятся в детский стационар.

3.6.7. В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3.6.8. В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

3.6.9. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа должны быть вешалка с чистыми халатами, емкости с бахилами.

3.6.10. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом может осуществляется в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производится в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используется операционная обсервационного отделения.

3.7. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра.

3.7.1. Для размещения ОРИТН и ОПНН предусматриваются самостоятельные блоки помещений, с отдельным входом и выходом, изолированные от родовспомогательных и других отделений.

3.7.2. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

3.7.3. В том случае если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривается наличие помещений приема.

3.7.4. Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

3.7.5. Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями главы I. После осмотра ребенка в кювезе проводится обработка рук антисептиком перед закрытием кювеза.

3.7.6. Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривается пеленальный стол, оборудованный матрасиком с подогревом и лампой лучистого тепла.

3.7.7. Термометрию рекомендуется проводить электронными термометрами (ртутными термометрами невозможно фиксировать гипотермию у новорожденного). Осмотр зева новорожденных проводят одноразовым шпателем.

3.7.8. При отделениях предусматриваются помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники) перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещается приводить несовершеннолетних детей.

3.7.9. Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации в установленном порядке.

3.7.10. ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

3.7.11. Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

4. Организация и проведение дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

4.1. С целью профилактики и борьбы с ВБИ в акушерских стационарах проводятся дезинфекционные и стерилизационные мероприятия в соответствии с требованиями глав I и II.

4.2. В акушерских стационарах дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ:

- изделия медицинского назначения;
- руки персонала;
- кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов;
- предметы ухода за больными;
- кувезы (инкубаторы);
- воздух в помещениях;
- выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.);
- постельные принадлежности;
- поверхности предметов и оборудования;
- медицинские отходы и др.

4.3. Дезинфекция кувезов (инкубаторов).

4.3.1. Дезинфекцию кувезов проводят дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

4.3.2. Для дезинфекции кувезов не допускается применение хлорактивных средств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

4.3.3. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезов с целью профилактики ВБИ осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

4.3.4. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

4.3.5. Обработку кувезов проводят после перевода новорожденного или не реже 1 раза в 7 дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

4.3.6. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

4.3.7. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами отмыва, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

4.3.8. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100 - 150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованного для конкретного используемого средства.

Закончив обработку, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

4.4. Дезинфекция объектов больничной среды.

4.4.1. В помещениях различных структурных подразделений акушерского стационара проводят текущие и генеральные уборки.

4.4.1.1. При проведении текущих уборок с применением растворов дезинфицирующего средства (профилактическая дезинфекция при отсутствии ВБИ или текущая дезинфекция при наличии ВБИ) поверхности в помещениях, приборов, оборудования и др. дезинфицируют способом протирания. Для этих целей целесообразно использовать дезинфицирующие средства с моющими свойствами, что позволяет объединить обеззараживание объекта с его мойкой. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, например, на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

4.4.1.2. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры, при появлении в стационаре ВБИ - по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции. При дезинфекции объектов, загрязненных кровью и другими биологическими субстратами, представляющими опасность в распространении парентеральных вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, следует применять дезинфицирующие средства по противовирусному режиму.

4.4.1.3. Генеральные уборки в операционных блоках, родильных залах, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов рода Кандида.

4.4.1.4. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

4.4.2. В присутствии пациентов запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения, а также применение способом протирания дезинфицирующих средств, обладающих раздражающим действием, сенсибилизирующими свойствами.

4.4.3. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способами протирания или орошения (с помощью распылителей, гидропульта и других распыливающих устройств).

4.4.4. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты, рекомендуемые в инструкциях по применению каждого конкретного средства.

4.4.5. Воздух в помещениях обеззараживают:

- фильтрацией с помощью антимикробных фильтров;

- ультрафиолетовым облучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

- аэрозолями дезинфектантов (в отсутствие людей) с помощью специальной распыливающей аппаратуры и использованием ДС, имеющих разрешение на такой способ

применения при проведении дезинфекции по типу заключительной и проведении генеральных уборок;

- озоном с помощью установок-генераторов озона в отсутствие людей при проведении дезинфекции по типу заключительной.

4.4.6. Предметы ухода за пациентами (медицинские термометры, кислородные маски, рожки от кислородной подушки, баллоны для отсасывания слизи, подкладные клеенки, судна, резиновые клизмы, тазики эмалированные и др.) обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Чехлы матрацев из полимерной пленки и клеенки обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих установок, разрешенных для применения в установленном порядке.

4.4.7. Баночки для сбора молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, соски для новорожденных перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья посуды, и ополаскивают проточной питьевой водой. Сетки для молочной посуды обеззараживают способом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства.

4.4.8. Посуду столовую и чайную в акушерском стационаре обрабатывают в соответствии с действующими нормативными документами. Механическая мойка посуды на специальных моечных машинах проводится в соответствии с прилагающимися инструкциями по их эксплуатации. Мытье посуды ручным способом осуществляют в трехсекционных ваннах для столовой посуды и двухсекционных - для стеклянной посуды и столовых приборов. Посуду освобождают от остатков пищи, моют с применением моющих средств, погружают в дезинфицирующий раствор и после экспозиции промывают водой и высушивают. При обработке посуды по эпидемиологическим показаниям столовую посуду освобождают от остатков пищи и погружают в дезинфицирующий раствор, используя режим дезинфекции, рекомендованный для соответствующей инфекции. После дезинфекции посуду тщательно промывают водой и высушивают.

4.4.9. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов (нательного и постельного белья, полотенец, подкладных пеленок, спецодежды медицинского персонала) осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах ДС перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе стирки обработки белья в медицинских учреждениях. Белье от новорожденных обрабатывают как инфицированное.

5. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями

5.1. Общие положения.

5.1.1. Эпидемиологический надзор за ВБИ и организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется госпитальным эпидемиологом (заместителем главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам, при его отсутствии - заместителем главного врача по лечебной работе).

5.1.2. Контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий проводят органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.3. Эпидемиологический надзор за ВБИ в акушерских стационарах предусматривает:

- выявление, учет и регистрацию ВБИ;
- анализ заболеваемости новорожденных и родильниц;
- анализ летальных исходов;
- анализ заболеваемости медицинского персонала;
- микробиологический мониторинг;
- выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ;
- определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки;
- оценку и прогнозирование эпидемиологической ситуации.

5.1.4. На основании данных эпидемиологического надзора разрабатываются и реализуются профилактические и противоэпидемические мероприятия, проводится оценка их эффективности.

5.2. Выявление и учет внутрибольничных инфекций.

5.2.1. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару. Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

5.2.2. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

5.2.3. Независимо от внутрибольничного (ВБИ) или внутриутробного (ВУИ) характера заражения новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

5.2.4. Вопрос о внутриутробном характере заражения решается при участии госпитального эпидемиолога.

5.2.5. Учет и организация сбора информации об инфекционной заболеваемости новорожденных и родильниц осуществляется не только в акушерских стационарах, но и в детских больницах и поликлиниках, хирургических и гинекологических отделениях, женских консультациях, патологоанатомических отделениях и пр. Все эти учреждения должны оперативно сообщать по телефону в течение 12 часов об установленном или предварительном диагнозе ВБИ (ВУИ) у новорожденного и/или родильницы в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.2.6. Органы, осуществляющие государственный санитарно- эпидемиологический надзор, в течение 12 часов передают информацию об инфекционных заболеваниях новорожденных и родильниц в акушерские стационары по месту родов для организации и проведения противоэпидемических мероприятий.

5.2.7. Госпитальный эпидемиолог совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ВБИ путем проспективного наблюдения, которое заключается в следующем:

- контроль за выявлением и оперативной (ежедневной) регистрацией инфекционных заболеваний;
- получение ежедневной информации от всех функциональных подразделений родильного дома (отделения) о случаях инфекционных заболеваний среди новорожденных и родильниц, нарушениях санитарно-эпидемиологического режима, результатах бактериологических исследований;
- расследование причин их возникновения и информация руководства для принятия неотложных мер.

5.2.8. Учет и регистрация заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, осуществляется в соответствии с кодами МКБ-10 (приложение 15). Учет и регистрацию заболеваний новорожденных и родильниц, вызванных "классическими" микроорганизмами, проводят согласно требованиям соответствующих нормативных документов.

5.3. Эпидемиологический анализ заболеваемости.

5.3.1. Эпидемиологический анализ предусматривает изучение уровня, структуры, динамики заболеваемости ВБИ для оценки эпидемиологической ситуации в родильном доме (акушерском отделении) и разработки комплекса противоэпидемических мероприятий.

5.3.2. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ВБИ проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводится оценка текущей эпидемиологической обстановки и решается вопрос о благополучии или осложнении эпидемиологической обстановки, адекватности проводимых мер или необходимости их усиления.

5.3.3. Оперативный анализ заболеваемости должен проводиться с учетом:

- даты родов;
- сроков возникновения заболевания;
- локализации патологического процесса;
- этиологии;
- видам медицинских вмешательств;
- перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);
- даты выписки или перевода в другой стационар;
- длительности пребывания в стационаре.

5.3.4. Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных и родильниц (суммарно), возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.

5.3.5. Ретроспективный анализ заболеваемости ВБИ новорожденных и родильниц предусматривает:

- анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;

- анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;

- сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

- изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

- анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

- анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;

- определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

- анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

5.3.6. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи проводят ретроспективный анализ заболеваемости новорожденных и родильниц, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, адекватных конкретной эпидемиологической обстановке в данном акушерском стационаре (отделении).

5.3.7. Ретроспективный анализ заболеваемости медицинского персонала позволяет определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ВБИ.

5.3.8. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами инфекций и носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией носоглотки (гаймориты, синуситы и др.), мочевыводящего тракта (вялотекущие пиелонефрит, цистит), желудочно-кишечного тракта (гастроэнтерит, энтероколит), кожи и подкожной клетчатки (гнойно-воспалительные процессы). По результатам диспансеризации медицинского персонала выявляются лица с хроническими инфекционными заболеваниями и при необходимости проводят их лечение.

5.4. Микробиологический мониторинг.

5.4.1. Микробиологический мониторинг осуществляется акушерским стационаром (при отсутствии соответствующих лабораторий - по договорам с аккредитованными организациями).

5.4.2. При проведении микробиологических исследований должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения.

Микробиологическому исследованию в первую очередь подлежат материалы из патологических локусов новорожденных и родильниц.

5.4.3. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью, исследования проводятся в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям.

В плановом порядке проводят:

- исследования лекарственных форм (для инъекций, обработки кожи и слизистых новорожденных), контроль стерильности изделий медицинского назначения, в том числе расходных материалов для аппаратов ИВЛ - за исключением лекарственных форм и стерильных изделий промышленного изготовления;

- детские питательные смеси и растворы для питья;

- контроль микробиологической чистоты воздуха в операционных и других помещениях класса чистоты А, В и С;

- контроль качества текущей дезинфекции (кувезы, предметы и изделия медицинского назначения, подготовленные к использованию у пациентов);

- выборочный контроль гигиены рук медицинского персонала.

Санитарно-бактериологические исследования проводят в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

По эпидемиологическим показаниям перечень и объем исследований определяется в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой.

5.4.4. При расшифровке этиологической структуры ВБИ новорожденных и родильниц необходимо учитывать не только данные лабораторных исследований, полученные во время пребывания в родильном доме, но и сведения, поступающие из детской поликлиники, больницы, женской консультации, гинекологических и хирургических отделений.

Сведения о микробиологическом подтверждении или изменении диагноза в течение 12 часов передаются в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор для последующего информирования акушерских стационаров.

5.4.5. Микробиологическое обследование медицинского персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

5.4.6. Для выявления госпитальных штаммов - возбудителей ВБИ необходимо учитывать данные внутривидового типирования.

5.5. Выявление групп и факторов риска.

5.5.1. Группами риска возникновения ВБИ среди родильниц считаются женщины:

- с хориоамнионитом в родах;
- с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;
- с иммунодефицитными состояниями;
- с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;
- с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и др.);
- после оперативного родоразрешения (кесарево сечение);
- с кровотечениями в послеродовом периоде.

5.5.2. К группам риска возникновения ВБИ среди новорожденных относятся:

- недоношенные;
- переношенные;
- родившиеся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;
- после оперативного родоразрешения;
- с врожденными аномалиями развития;
- с родовой травмой;
- с синдромом дыхательных расстройств;
- с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;
- при проведении искусственной вентиляции легких;
- родившиеся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией.

5.5.3. К факторам риска возникновения ВБИ новорожденных и родильниц относятся: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и др. Имеет значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать, в экстренном или плановом порядке оно проводится.

5.5.4. Назначение инвазивных процедур должно быть строго обосновано.

5.6. Определение предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия.

5.6.1. Для успешной профилактики ВБИ необходимо учитывать ряд предпосылок и предвестников эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемической обстановки и появления групповых заболеваний.

5.6.2. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относятся следующие:

- факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);
- увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;
- появление генерализованных форм;
- увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;
- увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и др.);
- смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и ее идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;
- выделение преимущественно одного вида возбудителя;
- появление микробных ассоциаций;
- увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;
- возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;
- рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;
- рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

Своевременное выявление вышеуказанных признаков позволяет оперативно провести необходимые мероприятия для предотвращения дальнейшего осложнения эпидемиологической ситуации.

5.6.3. К предпосылкам, способствующим росту заболеваемости ВБИ, относятся нарушения в организации работы акушерского стационара, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

- недостаточный состав и площадь помещений;

- перекрест технологических потоков;
- отсутствие приточно-вытяжной вентиляции.

Нарушения в организации работы:
- перегруз стационара;
- аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;
- нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

Недостаточное материально-техническое оснащение:
- недостаток изделий медицинского назначения, в том числе одноразового (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки);
- нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;
- перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств.

Нарушения противоэпидемического режима:
- несоблюдение цикличности заполнения палат;
- несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;
- повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное употребление емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;
- нарушения правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и пр.

5.6.4. При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача родильного дома и организаций, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Принимаются меры по устранению нарушений. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.6.5. При невозможности устранения предпосылок, в том числе при выявлении грубых нарушений противоэпидемического режима ставится вопрос о прекращении работы родильного дома.

5.7. Оценка эффективности мер борьбы и профилактики.

Оценка эффективности проводимых мероприятий проводится на основании состояния эпидемиологической обстановки в акушерском стационаре. Оцениваться может как комплекс проведенных мероприятий, так и отдельные меры. Эффективность отдельных мероприятий целесообразно изучать при апробации новых форм и методов работы, испытании отдельных методик и препаратов.

5.8. Оценка эпидемиологической ситуации.

Анализ всей вышеприведенной информации дает возможность получить объективные данные об особенностях эпидемического процесса внутрибольничных инфекций у новорожденных и родильниц в данном акушерском стационаре, основных причинах, обусловливающих заболеваемость, оценить эпидемиологическую ситуацию и разработать комплекс эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6. Проведение расследования и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний среди новорожденных детей и родильниц

6.1. К групповым заболеваниям (вспышкам) ВБИ новорожденных и родильниц относятся 5 и более случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимально 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи.

6.2. Расследование причин возникновения групповых заболеваний и срочное принятие мер по их ликвидации проводится родовспомогательными учреждениями и органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6.3. При возникновении групповых заболеваний:

6.3.1. Прекращается прием беременных и рожениц в акушерский стационар (отделение).

6.3.2. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами и врачами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

6.3.3. Решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемиологическим показаниям, в установленном порядке направляется внеочередное донесение в Минздравсоцразвития России.

6.3.4. Экстренно развертывается резервное помещение для приема рожениц и беременных.

6.3.5. Определяется стационар для госпитализации заболевших детей с учетом создания максимально благоприятных условий для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

6.3.6. На основании результатов эпидемиологического расследования делается заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых внутрибольничных заболеваний, включающих назначение средств специфической и неспецифической профилактики.

V. Санитарно-гигиенические требования к стоматологическим медицинским организациям

1. Общие положения

1.1. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

1.2. Требования к условиям труда и личной гигиене (в том числе, правила обработки рук) медицинского персонала принимаются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

2. Требования к размещению стоматологических медицинских организаций

2.1. Стоматологические медицинские организации могут размещаться в отдельно стоящих зданиях, приспособленных и встроенных (встроенно-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения помещениях, при условии соблюдения требований санитарных правил и нормативов.

2.2. В жилых зданиях допускается размещать стоматологические кабинеты, стоматологические амбулаторно-поликлинические организации, в том числе имеющие в своем составе дневные стационары. Допускается размещение стоматологических медицинских организаций в цокольных этажах жилых зданий.

2.3. Стоматологические медицинские организации, расположенные в жилых зданиях, должны иметь отдельный вход с улицы.

2.4. Стоматологические медицинские организации размещаются в помещениях, оборудованных системами хозяйственно-питьевого холодного и горячего водоснабжения и водоотведения (канализации).

2.5. Размещение и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов (в том числе радиовизиографов) регламентируются действующими нормативными документами и пунктом 7 настоящей главы.

2.6. Устройство, оборудование и эксплуатация физиотерапевтических кабинетов, применение лазеров должны отвечать действующим нормативным документам.

2.7. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений (гардеробные, душевые, складские), вентиляционных камер, компрессорных установок, стерилизационных-автоклавных.

2.8. Для организации стоматологического приема детей выделяются отдельные кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детского населения по графику. Для организации приема детей следует по возможности выделять отдельный отсек с ожидальней и санузлом.

2.9. Оказание медицинской помощи беременным проводится в медицинских стоматологических организациях для взрослых или в стоматологических кабинетах женских консультаций.

2.10. В стоматологических кабинетах площадь на основную стоматологическую установку должна быть не менее 14 м2, на дополнительную установку - 10 м2 (на стоматологическое кресло без бормашины - 7 м2), высота кабинетов - не менее 2,6 м.

2.11. Оперативные вмешательства, для проведения которых осуществляется медицинская деятельность по анестезиологии и реаниматологии, проводятся в условиях операционного блока. При этом оборудуется помещение для временного пребывания пациента после операции. В операционной при необходимости обеспечивается подача медицинских газов.

2.12. Работа кабинета хирургической стоматологии организуется с учетом разделения потоков "чистых" (плановых) и "гнойных" вмешательств. Плановые вмешательства проводятся в специально выделенные дни с предварительным проведением генеральной уборки.

2.13. Набор помещений определяется мощностью стоматологической медицинской организации и видами деятельности. Минимальные площади помещений и их минимальный набор представлены в приложении 2.

3. Требования к внутренней отделке помещений

3.1. Для внутренней отделки применяются материалы в соответствии с функциональным назначением помещений.

3.2. Стены стоматологических кабинетов, углы и места соединения стен, потолка и пола должны быть гладкими, без щелей.

3.3. Для отделки стен в кабинетах применяются отделочные материалы, разрешенные для использования в помещениях с влажным, асептическим режимом, устойчивые к дезинфектантам. Стены операционной, кабинетов хирургической стоматологии и стерилизационной отделываются на всю высоту глазурованной плиткой или другими разрешенными для этих целей материалами.

3.4. Стены основных помещений зуботехнической лаборатории окрашиваются красками или облицовываются панелями, имеющими гладкую поверхность; герметично заделываются швы.

3.5. Потолки стоматологических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных и помещений зуботехнических лабораторий окрашиваются водоэмульсионными или другими красками. Возможно использование подвесных потолков, если это не влияет на нормативную высоту помещения. Подвесные потолки должны быть выполнены из плит (панелей), имеющих гладкую неперфорированную поверхность, устойчивую к действию моющих веществ и дезинфектантов.

3.6. Полы в стоматологических кабинетах должны иметь гладкое покрытие из материалов, разрешенных для этих целей.

3.7. Цвет поверхностей стен и пола в помещениях стоматологических кабинетов и зуботехнических лабораторий должен быть нейтральных светлых тонов, не мешающих правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови, зубов (естественных и искусственных), пломбировочных и зубопротезных материалов.

3.8. При отделке стоматологических кабинетов, в которых применяется ртутная амальгама:

стены и потолки должны быть гладкими, без щелей и украшений; оштукатуренными (кирпичные) или затертыми (панельные) с добавлением 5% порошка серы для связывания паров ртути в прочное соединение (сернистую ртуть) и окрашенными разрешенными для стоматологических кабинетов красками;

полы должны настилаться рулонным материалом, все швы свариваются, плинтус должен плотно прилегать к стенам и полу;

столики для работы с амальгамой должны быть покрыты ртутьнепроницаемым материалом и иметь бортики по краям, под рабочей поверхностью столиков не должно быть открытых ящиков; разрешается использовать только амальгаму, выпускаемую в герметически закрытых капсулах.

4. Требования к оборудованию

4.1. В кабинетах с односторонним естественным освещением стоматологические кресла устанавливаются в один ряд вдоль светонесущей стены.

4.2. При наличии нескольких стоматологических кресел в кабинете, они разделяются непрозрачными перегородками высотой не ниже 1,5 м.

4.3. Отсутствие стерилизационной в стоматологической медицинской организации допускается при наличии не более 3 кресел. В этом случае установка стерилизационного оборудования возможна непосредственно в кабинетах.

4.4. Стоматологические кабинеты оборудуются раздельными или двухсекционными раковинами для мытья рук и обработки инструментов. При наличии стерилизационной и организации в ней централизованной предстерилизационной обработки инструментария в кабинетах допускается наличие одной раковины. В операционном блоке раковины устанавливаются в предоперационной. В хирургических кабинетах, стерилизационных, предоперационых устанавливаются локтевые или сенсорные смесители.

4.5. Помещения зуботехнических лабораторий и стоматологических кабинетов, в которых проводятся работы с гипсом, должны иметь оборудование для осаждения гипса из сточных вод перед спуском в канализацию (гипсоуловители или др.).

4.6. Кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При

использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений.

5. Требования к микроклимату, отоплению, вентиляции

5.1. Системы отопления, вентиляции и кондиционирования воздуха должны соответствовать нормам проектирования и строительства жилых и общественных зданий и обеспечивать оптимальные параметры микроклимата и воздушной среды, в т.ч. по микробиологическим показателям.

5.2. Поверхность нагревательных приборов должна быть гладкой, допускающей легкую очистку и исключающей скопление микроорганизмов и пыли.

5.3. В операционных, предоперационных, наркозных, послеоперационных следует применять нагревательные приборы с гладкой поверхностью, устойчивой к ежедневному воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

5.4. На постоянных рабочих местах, где медицинский персонал находится свыше 50% рабочего времени или более 2 ч непрерывной работы, должны обеспечиваться параметры микроклимата в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °C	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °C и ниже)	18 - 23	60 - 40	0,2
Теплый (среднесуточная температура наружного воздуха 10 °C и выше)	21 - 25	60 - 40	0,2

5.5. Для мест временного пребывания работающих (специальные помещения зуботехнической лаборатории) параметры микроклимата представлены в таблице 2.

Таблица 2

Параметры микроклимата в помещениях временного пребывания сотрудников

Сезон	Температура, °C	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Холодный и переходный	17 - 25	не более 75	0,2 - 0,3
Теплый	не более 28	не более 65	0,2 - 0,5

5.6. Проектирование и эксплуатация вентиляционных систем должны исключать перетекание воздушных масс из "грязных" зон в "чистые".

5.7. Содержание лекарственных средств и вредных веществ в воздухе стоматологических медицинских организаций не должны превышать предельно допустимые концентрации.

5.8. Для обеспечения нормативных параметров микроклимата в производственных помещениях допускается устройство кондиционирования воздуха, в том числе с применением сплит-систем, предназначенных для использования в лечебно-профилактических учреждениях. Замену фильтров тонкой очистки необходимо проводить не менее 1 раза в 6 месяцев, если иное не предусмотрено производителем.

5.9. В стоматологических медицинских организациях, общей площадью не более 500 кв. м, в помещениях класса чистоты Б и В (кроме операционных, рентгенкабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается неорганизованный воздухообмен за счет проветривания помещений через открывающиеся фрамуги или естественная вытяжная вентиляция.

5.10. Система вентиляции от производственных помещений медицинских организаций, размещенных в жилых зданиях, должна быть отдельной от жилого дома в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к жилым зданиям и помещениям.

5.11. Автономные системы вентиляции должны предусматриваться для следующих помещений: операционных с предоперационными, стерилизационных, рентгенкабинетов (отдельных), производственных помещений зуботехнических лабораторий, санузлов.

5.12. В помещениях зуботехнических лабораторий местные отсосы и общеобменную вытяжную вентиляцию допускается объединить в одну вытяжную систему в пределах помещений лабораторий или в помещении вентиляционной камеры. Допускается устройство общей общеобменной приточной вентиляции для помещений лабораторий и других помещений стоматологической медицинской организации, при этом подачу приточного воздуха в помещения лаборатории следует предусмотреть по самостоятельному воздуховоду, проходящему от вентиляционной камеры, с установкой на нем обратного клапана в пределах вентиляционной камеры.

5.13. В стоматологических кабинетах, не имеющих автономных вентиляционных каналов, допускается удаление отработанного воздуха от общеобменных систем вытяжной вентиляции на наружную стену здания, через устройства, обеспечивающие очистку воздуха от вредных химических веществ и запахов (фотокаталитические фильтры или другие устройства).

5.14. Технологическое оборудование зуботехнических лабораторий, в состав которого входят секции для очистки удаляемого воздуха от данного оборудования, а также оборудование замкнутого цикла, не требует дополнительных местных отсосов.

5.15. В зуботехнических лабораториях, в зависимости от технологической части проекта, предусматриваются местные отсосы от рабочих мест зубных техников, шлифовальных моторов, в литейной над печью, в паяльной, над нагревательными приборами и рабочими столами в полимеризационной. Воздух, выбрасываемый в атмосферу, следует очищать в соответствии с технологической характеристикой оборудования и материалов. Системы местных отсосов следует проектировать автономными от систем общеобменной вытяжной вентиляции стоматологических медицинских организаций.

5.16. Зуботехнические лаборатории на 1 или 2 рабочих места, в которых выполняются работы, не сопровождающиеся выделением вредных веществ (например: нанесение и обжиг керамической массы, обточка и другие работы), допускается размещать в жилых и общественных зданиях. Допускается неорганизованный воздухообмен в помещении путем проветривания через фрамуги или с помощью естественной вытяжной вентиляции с 2-кратным воздухообменом через автономный вентиляционный канал с выходом на кровлю или наружную стену без световых проемов.

5.17. В кабинетах, оснащенных рентгенологическим оборудованием (включая радиовизиографы), требования к вентиляции и кратности воздухообмена выполняются по технологическому разделу проектной документации, согласованной в установленном порядке.

5.18. В помещениях, к которым предъявляются требования асептических условий, предусматривается скрытая прокладка воздуховодов, трубопроводов, арматуры.

5.19. Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции во всех кабинетах и помещениях, за исключением операционных, должно быть предусмотрено наличие легко открывающихся фрамуг.

5.20. В помещениях должны соблюдаться нормируемые показатели микробной обсемененности воздушной среды.

5.21. Обслуживание систем вентиляции и кондиционирования воздуха и профилактический ремонт проводятся ответственным лицом или по договору со специализированной организацией.

5.22. Устранение возникающих неисправностей и дефектов в системе вентиляции должно проводиться безотлагательно.

6. Требования к естественному и искусственному освещению

6.1. Все стоматологические кабинеты и помещения зуботехнических лабораторий (постоянные рабочие места) должны иметь естественное освещение.

6.2. Во вновь создаваемых стоматологических медицинских организациях окна стоматологических кабинетов, по возможности, следует ориентировать на северные направления (С, СВ, СЗ) во избежание значительных перепадов яркостей на рабочих местах за счет попадания прямых солнечных лучей, а также перегрева помещений в летнее время, особенно в южных районах.

6.3. На северные направления, по возможности, должны быть ориентированы основные помещения и литейные зуботехнической лаборатории для предупреждения перегрева помещений в летнее время.

6.4. В существующих стоматологических медицинских организациях, имеющих ориентацию окон, не соответствующую указанным в пунктах 6.2 и 6.3, рекомендуется прибегать к использованию солнцезащитных приспособлений (козырьки, солнцезащитные пленки, жалюзи). В операционных и хирургических кабинетах солнцезащитные средства типа жалюзи размещаются между оконными рамами.

6.5. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории должен соответствовать гигиеническим требованиям, установленным действующими санитарными нормативами.

6.6. При установке стоматологических кресел в два ряда в существующих кабинетах с односторонним естественным освещением следует пользоваться искусственным светом в течение рабочей смены, а врачи должны периодически меняться своими рабочими местами.

6.7. Расположение столов зубных техников в основных помещениях зуботехнической лаборатории должно обеспечивать левостороннее естественное освещение рабочих мест.

6.8. Все помещения стоматологических медицинских организаций должны иметь общее искусственное освещение.

6.9. Для общего люминесцентного освещения во всех стоматологических кабинетах и основных помещениях зуботехнической лаборатории рекомендуются лампы со спектром излучения, не искажающим цветопередачу.

6.10. Светильники общего освещения должны размещаться с таким расчетом, чтобы не попадать в поле зрения работающего врача.

6.11. Рекомендуемые уровни освещенности рабочих поверхностей принимаются в соответствии с главой I.

6.12. Стоматологические кабинеты, основные и полировочные помещения зуботехнической лаборатории кроме общего должны иметь и местное освещение в виде:

стоматологических светильников на стоматологических установках;

специальных (желательно бестеневых) рефлекторов для каждого рабочего места хирурга;

бестеневых рефлекторов в операционных;

светильников на каждом рабочем месте зубного техника в основных и полировочных помещениях.

6.13. Уровень освещенности от местных источников не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

6.14. Светильники местного и общего освещения должны иметь соответствующую защитную арматуру, предусматривающую их влажную очистку и предохраняющую органы зрения персонала от слепящего действия ламп.

7. Обеспечение радиационной безопасности при размещении и эксплуатации рентгеновских аппаратов и кабинетов

7.1. Общие требования к размещению рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

7.1.1. Основные требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов должны соответствовать положениям действующих санитарных правил, которые определяют основные критерии радиационной защиты, требования к рентгеновскому оборудованию и персоналу, основные требования к размещению рентгеновских аппаратов и их эксплуатации. В настоящей главе детализированы требования к размещению и эксплуатации рентгеновских аппаратов в стоматологических медицинских организациях.

При проведении рентгенологических исследований должен быть обеспечен учет и регистрация доз облучения пациентов и персонала, которые должны быть отражены в радиационно-гигиеническом паспорте организации и в формах государственной ежегодной статистической отчетности.

Для проведения рентгенологических исследований должна быть оформлена лицензия на осуществление деятельности с источником ионизирующего излучения.

7.1.2. На этапе организации деятельности с источниками ионизирующих излучений (ИИИ) осуществляется выбор помещений, в которых будут проводиться рентгенологические исследования: либо в отдельном рентгеновском, либо стоматологическом кабинете с установленным рентгеновским аппаратом. На этом этапе также определяется количество и вид рентгеновских аппаратов, площади и набор помещений для их размещения, а также необходимые дополнительные условия (освещение, вентиляция, электроснабжение, отопление, канализация). Выбранная схема размещения рентгеновского аппарата (в отдельном рентгеновском или стоматологическом кабинете) оформляется в виде технического задания на проектирование.

7.2. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в отдельном рентгеновском кабинете.

7.2.1. Размещение рентгеновских аппаратов в рентгеновских кабинетах осуществляется на основании проекта. Разработка проекта проводится проектной организацией, имеющей лицензию на соответствующий вид деятельности, на основании технического задания заказчика. На проект оформляется санитарно-эпидемиологическое заключение в установленном порядке. Ввод в эксплуатацию и эксплуатация рентгеновских кабинетов, аппаратов производится в соответствии с гигиеническими требованиями к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований.

7.2.2. Устройство кабинета должно обеспечивать выполнение требований технической и нормативной документации.

7.2.3. Пол кабинета выполняется из непроводящих электрический ток материалов, натуральных или искусственных (линолеум, натуральный или искусственный камень, керамическая плитка и т.п.).

7.2.4. Организация воздухообмена в рентгеновском кабинете должна обеспечивать поддержание показателей микроклимата (температура, влажность) в соответствии с действующими гигиеническими нормативами и может обеспечиваться различными средствами (устройство приточно-вытяжной вентиляции, установка оконных вентиляторов, кондиционирование).

7.2.5. Персонал рентгеновского кабинета относится к группе "А" <1>, и на него распространяются специальные требования, предусмотренные действующими санитарными правилами.

<1> СанПиН 2.6.1.1192-03 "Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований"; зарегистрировано в Минюсте России 19.03.2003, регистрационный N 4282. СанПиН 2.6.1.2523-09 "Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009)"; зарегистрировано в Минюсте России 14.08.2009, регистрационный N 14534.

7.3. Особенности размещения рентгеновских аппаратов в стоматологическом кабинете.

7.3.1. В стоматологическом кабинете может размещаться рентгеновский аппарат для прицельных снимков с цифровым приемником изображения, не требующим фотолабораторной обработки, и с рабочей нагрузкой до 40 (мА х мин.)/неделя. Размещение ортопантомографа в стоматологическом кабинете не разрешается. Рентгеновский аппарат в стоматологическом кабинете предназначен только для обслуживания пациентов данного кабинета. Дополнительные площади для размещения рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете, соответствующем санитарным нормативам, не требуются. Также не предъявляются дополнительные требования по освещению, вентиляции, отоплению.

7.3.2. Размещение рентгеновского аппарата в стоматологическом кабинете допускается проводить на основе проектных материалов, содержащих:

схему размещения рентгеновского аппарата;

расчет радиационной защиты рабочих мест персонала, смежных помещений, мест размещения других пациентов (если в кабинете при проведении рентгенологического исследования могут находиться другие пациенты), прилегающей территории.

7.3.3. Защита персонала может осуществляться расстоянием, временем, экранами (установка защитной ширмы), применением средств индивидуальной защиты (защитные фартуки, очки и другие).

7.3.4. Работники, проводящие рентгенологические исследования пациентов, относятся к персоналу группы "А". Остальные работники, рабочие места которых находятся в стоматологическом кабинете, в котором проводятся рентгенологические исследования, относятся к персоналу группы Б. На них распространяются требования к персоналу, установленные основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности.

7.3.5. Если при проведении рентгенологических исследований в стоматологическом кабинете могут находиться не участвующие в них пациенты, в местах их нахождения мощность дозы рентгеновского излучения, приведенная к стандартной рабочей нагрузке рентгеновского аппарата, не должна превышать 1,0 мкЗв/ч. Для выполнения этого условия, при необходимости, могут использоваться стационарные или передвижные средства радиационной защиты.

7.4. Основные этапы реализации требований обеспечения радиационной безопасности при вводе аппаратов в эксплуатацию, оформлении и продлении действия лицензии.

7.4.1. Для реализации требований санитарных правил администрация должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по соблюдению требований радиационной безопасности и оформлению документов:

- лицензия на деятельность с источниками ионизирующих излучений;

- санитарно-эпидемиологическое заключение на деятельность с источниками ионизирующих излучений (ИИИ);

- санитарно-эпидемиологическое заключение на рентгеновский аппарат или его заверенная копия;

- заверенная копия свидетельства о государственной регистрации рентгеновского аппарата;

- санитарно-эпидемиологическое заключение на проект (рентгеновский кабинет) или проектные материалы (стоматологический кабинет с рентгеновским аппаратом);

- эксплуатационная документация на рентгеновский аппарат;

- технический паспорт на рентгеновский кабинет;

- протокол дозиметрических измерений на рабочих местах, в смежных помещениях и на прилегающей территории;

- протокол исследования эксплуатационных параметров рентгеновского аппарата;

- протокол испытания передвижных и индивидуальных средств защиты;

- акты проверки заземления;

- акты проверки эффективности работы вентиляции (при наличии приточно-вытяжных вентиляционных систем с механическим побуждением);

- заключение медицинской комиссии о прохождении персоналом группы "А" предварительных и периодических медицинских осмотров;

- приказ о допуске сотрудников к работе с ИИИ и отнесении их к персоналу группы "А";

- приказ на лицо, ответственное за радиационную безопасность;

- документы, подтверждающие учет индивидуальных доз облучения пациентов;

- программа производственного контроля по обеспечению радиационной безопасности (допускается как раздел общего плана производственного контроля медицинской организации);

- наличие у сотрудников, работающих с рентгеновским аппаратом, документов, подтверждающих обучение правилам работы на аппарате;

- инструкция по охране труда и радиационной безопасности, предупреждению и ликвидации радиационных аварий;

- журнал регистрации инструктажа на рабочем месте;

- карточки учета индивидуальных доз облучения персонала по результатам индивидуального дозиметрического контроля персонала группы "А".

8. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

8.1. Требования к организации и проведению дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

8.1.1. Мероприятия по дезинфекции и стерилизации в стоматологических медицинских организациях выполняются в соответствии с главами I и II настоящих правил.

8.1.2. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога - не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение - индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и др.).

8.1.3. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике) допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочные материалы.

8.1.4. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки утилизируются, многоразовые сдаются в стирку.

8.1.5. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

8.2. Требования к санитарному содержанию помещений.

8.2.1. Влажную уборку помещений проводят не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств (по режимам дезинфекции при бактериальных инфекциях) способами орошения и/или протирания. Мытье

оконных стекол должно проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и не реже 1 раза в 3 месяца снаружи (весной, летом и осенью).

8.2.2. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).

8.2.3. Один раз в неделю в операционном блоке, хирургическом кабинете, стерилизационной (автоклавной) проводят генеральную уборку помещений. Для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).

В остальных подразделениях генеральную уборку проводят один раз в месяц, используя дезинфицирующие средства по режимам, эффективным в отношении вегетативных форм бактерий.

8.2.4. При проведении текущих и генеральных уборок выполняются также требования глав I и II настоящих правил.

8.3. Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация изделий медицинской техники и медицинского назначения.

8.3.1. Изделия медицинской техники и медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

8.3.2. Для дезинфекции изделий медицинской техники и медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза).

8.3.3. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее - раствор) с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

8.3.4. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

8.3.5. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Для этих целей не рекомендуется использовать альдегидсодержащие средства. Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и т.п.), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно - до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

8.3.6. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.7. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор

дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

8.3.8. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

8.3.9. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

8.3.10. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

8.3.11. При наличии в стоматологической медицинской организации более трех стоматологических кресел предстерилизационную очистку и стерилизацию проводят в специально выделенных помещениях - стерилизационных (автоклавных), с выделением "чистых" и "грязных" зон и соблюдением поточности.

В остальных случаях предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинского назначения допускается проводить в кабинетах, для чего в них должно быть установлено необходимое оборудование.

Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способом.

8.3.12. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

8.3.13. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

8.3.14. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

- стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций и др.), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры, спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

- ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

- хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

- лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

8.3.15. Стерилизацию изделий медицинского назначения, применяемых в стоматологии, осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный, применение среды нагретых стеклянных шариков) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами согласно действующим документам, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования, разрешенные к применению в установленном порядке. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

При стерилизации воздушным методом запрещается использование оборудования, относящегося к лабораторному (шкафы типа ШСС).

8.3.16. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

8.3.17. В гласперленовых стерилизаторах допускается стерилизовать боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации более крупных стоматологических инструментов с целью стерилизации их рабочих частей.

8.3.18. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.

8.3.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств допускается применять для стерилизации только тех изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегид- или кислородсодержащих средств, или некоторых хлорсодержащих компонентов, обладающие спороцидным действием.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

8.3.20. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя стерилизационные упаковочные одноразовые материалы или многоразовые контейнеры (стерилизационные коробки с фильтрами), разрешенные применительно к конкретному методу стерилизации в установленном порядке.

Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала и инструкцией по его применению.

8.3.21. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

при использовании растворов химических средств для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы;

при стерилизации стоматологических металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет. При необходимости инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 ч. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать в течение не более чем 6 ч после их вскрытия.

8.3.22. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации инструментов.

8.3.23. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

8.3.24. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

8.3.25. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 ч. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

8.3.26. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

8.3.27. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале.

8.3.28. Контроль стерилизации осуществляется в соответствии с требованиями глав I и II настоящих правил.

VI. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий

1. Общие положения

1.1. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), амбулатории разворачиваются в сельской местности, где отсутствует возможность или нет необходимости предусматривать более мощные медицинские организации.

1.2. Все действующие ФАПы, амбулатории должны иметь санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии санитарным правилам согласно заявленным на лицензирование видам медицинской деятельности, работ и услуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.3. Ввод в эксплуатацию реконструированных ФАПов, амбулаторий, подвергшихся перепланировке, перепрофилированию и переоборудованию, а также при временном использовании зданий и помещений под ФАПы, осуществляется при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам.

2. Гигиенические требования к размещению и территории

2.1. ФАПы, амбулатории располагают на территории жилой застройки на расстоянии от общественных, промышленных, коммунальных, хозяйственных и других организаций в соответствии с требованиями, предъявляемыми к планировке и застройке населенных пунктов.

2.2. Земельный участок должен быть сухим, чистым, вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха. Не допускается размещать учреждения на загрязненных территориях. Содержание токсичных и вредных веществ в почве и атмосферном воздухе, уровни физических факторов не должны превышать гигиенические нормы. Территория ФАПов, амбулаторий должна быть благоустроена, озеленена, ограждена и освещена, иметь удобные подъездные пути и парковочную стоянку для санитарного транспорта.

2.3. Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в жилых и общественных зданиях. При размещении в жилых зданиях должен быть оборудован отдельный вход с улицы.

3. Гигиенические требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.1. Состав и площади основных и вспомогательных помещений зависят от численности обслуживаемого населения и определяются заданием на проектирование. Минимальные площади представлены в таблице 1.

Таблица 1

Рекомендуемые минимальный набор и площади помещений

ФАП с обслуживанием до 800 человек	ФАП/врачебная амбулатория с обслуживанием более 800 человек

ожидальная - 10 м2; кабинет приема - не менее 12 м2 (при установке гинекологического кресла дополнительно 8 м2); процедурный кабинет, совмещенный с прививочным по графику работы, - не менее 12 м2; помещение для хранения лекарственных средств - 4 кв. м; помещение персонала с раздевалкой - 4 - 6 м2; хранение уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств, чистого белья, временное хранение грязного белья организуется в специальных помещениях или в шкафах вне производственных помещений; санузел	ожидальная - 12 м2; кабинет приема - не менее 12 м; процедурный кабинет - не менее 10 м2; прививочный кабинет - не менее 10 м2; смотровой кабинет с гинекологическим креслом - не менее 10 м2; стерилизационная - не менее 6 м2, помещение для хранения лекарственных средств - 4 кв. м; помещение персонала с раздевалкой - 4 - 6 м2; помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств - не менее 2 м2; помещение для хранения грязного белья - не менее 2 м2; санузел

Примечание: для ФАПов, амбулаторий, обслуживающих население, проживающее на удаленных территориях, предусматривается помещение для временного пребывания больных до госпитализации. По заданию на проектирование набор и площади помещений могут быть расширены.

3.2. Допускается размещение ФАПов, амбулаторий в цокольных этажах зданий. В подвальных помещениях, имеющих естественное или искусственное освещение, допускается размещение санитарно-бытовых помещений.

3.3. Допускается совмещение туалетов для больных и персонала.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.1. Для внутренней отделки помещений используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешенные для применения в ЛПО в установленном порядке.

4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, без дефектов (щелей, трещин, дыр и др.), легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств.

4.3. Стены лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом, вестибюлей и других помещений рекомендуется окрашивать красками или облицовывать панелями, имеющими гладкую поверхность с герметичной заделкой швов. Для окраски потолков может применяться известковая или водоэмульсионная побелка. Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (деревянные полы, окрашенные влагостойкой краской, линолеум).

4.4. Покрытия пола не должны иметь дефектов, должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены или подведены под плинтуса или, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть пропаяны.

4.5. В помещениях с влажным режимом работы (прививочный, процедурный, санитарный узел и др.) стены отделываются влагостойким материалом на всю высоту помещения. Потолки окрашиваются влагостойкими материалами. Для покрытия пола используются водонепроницаемые материалы и предусматривается гидроизоляция.

4.6. В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку влагостойкими материалами (допускается окраска масляной краской) на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.1. Здания ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы системой централизованного водоснабжения или водопроводом от местных источников. При наличии собственного источника водоснабжения водопотребление на ФАПах, амбулаториях возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник. В исключительных случаях, при невозможности устройства водопровода, допускается использование привозной воды в закрытых

сменяемых емкостях, ежедневно подвергающихся мойке и дезинфекции. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям санитарных правил.

5.2. Медицинские кабинеты ФАПов, амбулаторий оборудуются горячим водоснабжением от централизованного или местного источника (допускается использование электронагревательных устройств проточного или накопительного действия). На случай отключения централизованного горячего водоснабжения для процедурных, перевязочных и других функциональных помещений, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима, предусматривается резервный источник горячего водоснабжения.

5.3. В процедурных, перевязочных кабинетах должны быть установлены умывальники для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями, дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, в которых проводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальная раковина (или оборудуется 2-секционная раковина). В кабинетах консультативного приема, при отсутствии в здании водопровода, допускается проведение гигиенической обработки рук с помощью кожных антисептиков.

5.4. Для удаления сточных вод предусматривается система канализации (допускается использование выгребных септиков).

6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений

6.1. Системы отопления, вентиляции должны обеспечивать оптимальные условия микроклимата и воздушной среды помещений.

6.2. Нагревательные приборы должны иметь гладкую поверхность, допускающую легкую очистку.

6.3. Здания ФАПов, амбулаторий оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги, оборудованные системой фиксации).

7. Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению

7.1. Помещения ФАПов, амбулаторий с постоянным пребыванием пациентов и персонала должны иметь естественное освещение.

7.2. Искусственная освещенность (общая и местная), источники света, типы ламп принимаются в соответствии с действующими нормативными документами.

7.3. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолках, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

7.4. В медицинских кабинетах необходимо устанавливать настенные или переносные светильники для осмотра больного.

8. Требования к инвентарю и технологическому оборудованию

8.1. В производственных помещениях должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и средств.

8.2. Расстановка медицинского и технического оборудования должна обеспечить свободный доступ при его эксплуатации и обработке.

8.3. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки и др.) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью.

8.4. Для обеззараживания воздуха и поверхностей кабинеты оборудуют бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными для этой цели в установленном порядке. При использовании облучателей открытого типа выключатели должны быть выведены за пределы рабочих помещений. Методы применения ультрафиолетового бактерицидного излучения, правила эксплуатации и безопасности бактерицидных установок (облучателей) должны соответствовать гигиеническим требованиям.

9. Санитарно-противоэпидемические мероприятия

9.1. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций, предусмотренные санитарными правилами.

9.2. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2-х раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению, обрабатываться и храниться в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетов).

9.3. Генеральная уборка помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция) процедурных и других помещений с асептическим режимом проводится один раз в неделю.

9.4. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводится заключительная дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции.

9.5. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно.

9.6. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

9.7. В помещениях ФАПов, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

9.8. Изделия медицинского назначения многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации в соответствии с действующими документами. Допускается проведение стерилизации на местах.

9.9. Стирка белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Допускается оборудование минипрачечной в здании ФАПа, амбулатории. Минипрачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного хранения и стирки белья, второе - для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

9.10. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляются в соответствии с требованиями действующих санитарных правил.

9.11. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории должны очищаться от мусора ежедневно и содержаться в чистоте.

9.12. Контейнеры для сбора твердых бытовых отходов должны быть установлены на площадке с твердым покрытием, обеспечены крышками, регулярно очищаться, мыться и дезинфицироваться после каждого опорожнения.

10. Гигиенические требования к условиям труда и личной гигиене медицинского и обслуживающего персонала

10.1. В основных функциональных, производственных помещениях и на рабочих местах медицинского, обслуживающего и другого персонала должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

10.2. Санитарно-бытовые помещения для персонала ФАПов, амбулаторий должны быть оборудованы с соблюдением следующих требований:

10.3. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.4. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

10.5. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную), должен иметь сменную одежду и обувь.

10.6. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и др.). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями, проводить в перчатках.

10.7. Обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

10.8. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями главы I настоящих санитарных правил.

Приложение 1
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

МИНИМАЛЬНЫЕ ПЛОЩАДИ ПОМЕЩЕНИЙ

N N	Наименование помещений	Площадь (м2)
	1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости	
	1.1. Палаты на одну койку	
1	Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных	18
2	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	12
3	Индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером	24
4	Индивидуальная родовая палата	30
5	Для новорожденных (изолятор)	6
6	Для детей до 7 лет, с круглосуточным пребыванием матерей	12
7	Для взрослых или детей старше 7 лет, с сопровождающим	14
8	Прочие, в том числе предродовые	10
	1.2. Палаты на две койки и более	
	Для взрослых и детей старше 7 лет	
9	Интенсивной терапии, реанимации	13
10	Нейрохирургические, ортопедотравматологические,	10

	радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	
11	Инфекционные, в том числе туберкулезные	8
12	Психиатрические общего типа и наркологические	6
13	Психиатрические надзорные	7
14	Прочие, в том числе предродовые	7
	Для детей до 7 лет	
15	Интенсивной терапии, реанимации	13
16	С дневным пребыванием матерей	8
17	С круглосуточным пребыванием матерей	12
18	Нейрохирургические, ортопедотравматологические, радиологические, ожоговые (кроме отделений интенсивной терапии), восстановительного лечения, медико-социальные (в том числе в хосписах), диагностические палаты, палаты для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок	9
19	Инфекционные, в том числе туберкулезные	7
20	Психиатрические общего типа	5
21	Психиатрические надзорные	6
22	Прочие	6
	Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных	
23	Интенсивной терапии для новорожденных	9
24	Для детей с круглосуточным пребыванием матерей	10
25	Для детей с дневным пребыванием матерей	8
	В палатах без пребывания матерей:	
26	- на 1 кроватку	4,5
27	- на 1 кювез	6
	2. Консультативные, лечебные, диагностические помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений	
28	Кабинет-офис для приема пациентов без проведения осмотра (психолог, юрист, социальный работник и др.)	10
29	Кабинет врача (фельдшера) для приема взрослых пациентов (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств), кабинет предрейсовых/послерейсовых осмотров	12

30	Кабинет врача (фельдшера) для приема детей (без специализированных кресел, аппаратных методов диагностики, лечения и парентеральных вмешательств)	15
31	Кабинет врача, со специально оборудованным рабочим местом (гинеколог, уролог, проктолог, офтальмолог, оториноларинголог, генетик и др.)	18
32	Манипуляционная, смотровая с аппаратными методами диагностики и лечения, в том числе при кабинете врача-специалиста	16
33	Перевязочная	18
34	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами	12
35	Малая операционная	24
36	Предоперационная при малой операционной	6
37	Шлюз при малой операционной	4
38	Помещение (с туалетом) для временного пребывания пациента после амбулаторных оперативных вмешательств	6 на 1 место, но не менее 9
39	Комната приготовления аллергенов	6
39.1	Комната хранения и разведения вакцины БЦЖ, хранения вакцины против гепатита В в акушерском стационаре	6
40	Кабинет для занятий малых (до 5 человек) групп (логопедических, психотерапевтических и др.)	18
41	Кабинеты электросветолечения, теплолечения, лазерной терапии, магнитотерапии, кислородной терапии, иглорефлексотерапии, лечения электросном и др.	6 на 1 место, но не менее 12
42	Кабинет для занятий групп более 5 человек (логопедический, психотерапевтический, гипнотарий и др.)	4 на место, но не менее 24
43	Шлюз при кабинетах врачебного приема	2
44	Темная комната офтальмолога	4
45	Аудиометрическая кабина (кроме кабин, поставляемых в виде готового изделия)	3
46	Процедурная эндоскопии	18
47	Помещение для мойки и обработки эндоскопов	8
48	Кабинет индивидуальной условно-рефлекторной терапии	12
49	Кабинет групповой условно-рефлекторной терапии	6 на 1 место, но не менее 20
50	Кабинет грязелечения, ванный зал	8 на 1 место (ванну), но не менее 12

51	Кабинет ингаляционной терапии	3 на 1 место, но не менее 10
52	Процедурные галотерапии, спелеотерапии и т.п.	6 на 1 место, но не менее 18
53	Солярий вертикальный	3 на 1 место, но не менее 12
54	Солярий горизонтальный	4 на 1 место, но не менее 12
55	Зал лечебной физкультуры для групповых занятий, тренажерный зал	5 на 1 место, но не менее 20
56	Зал обучения ходьбе	36
57	Кабинеты механотерапии, трудотерапии	4 на 1 место, но не менее 12
58	Кабинеты массажа, мануальной терапии	8 на 1 кушетку, но не менее 10
59	Душевой зал с кафедрой (площадь уточняется в зависимости от количества душей)	24
60	Помещения подводного душа-массажа, вихревых, вибрационных ванн, четырехкамерных ванн	12
61	Помещение контрастных ванн	32
62	Процедурная кабинета магнитно-резонансной томографии	25 (уточняется техническими требованиями оборудования)
63	Комната управления магнитно-резонансной томографии	10
64	Подготовительная пациента при кабинете магнитно-резонансной томографии	4
	3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений	
	3.1. Приемные отделения	
65	Фильтр-бокс детских поликлиник, приемно-смотровой бокс стационаров	15
66	Санитарный пропускник для пациентов	8 (с душем) 12 (с ванной)
67	Помещение (место) для хранения каталок и кресел-колясок	2 на каталку 1 на кресло-коляску, но не менее 6
68	Фильтр для приема рожениц и беременных	8
69	Помещение временного хранения вещей больных	0,3 на 1 койку, но не менее 6

70	Предреанимационная	12
71	Реанимационный зал	30
72	Родовой бокс:	
	- уличный тамбур	2
	- помещение санитарной обработки рожениц	12
	- индивидуальная родовая палата с кроватью-трансформером - индивидуальная родовая палата	24 30
	- туалет	3
	- подготовительная с душем для персонала	4
	3.2. Прочие помещения палатных отделений	
73	Комната для игр детей, помещение дневного пребывания для детей и взрослых	0,8 на койку, но не менее 12
74	Пост дежурной медицинской сестры	6
75	Буфетная с оборудованием для мойки столовой посуды	15
76	Столовая для больных	1,2 на 1 посадочное место
77	Столовая для больных на креслах-колясках	2,5 на 1 посадочное место
78	Шлюз при палате	3
79	Туалет с умывальником при палате	3
80	Душевая при палате	3
81	Санузел (туалет, умывальник, душ)	6
82	Ванная с подъемником	12
83	Клизменная	8
	3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии	
84	Операционная общепрофильная (в т.ч. эндоскопическая и лапароскопическая)	36
85	Операционная для проведения ортопедо-травматологических и нейрохирургических операций	42
86	Операционная для проведения операций на сердце с использованием АИК, рентгеноперационная	48
87	Предоперационная для одной общепрофильной операционной	10
88	Предоперационная для двух общепрофильных (одной	12

	специализированной) операционных	

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

90	Помещение подготовки больного, наркозная	12
91	Инструментально-материальная, помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	4 на каждую операционную, но не менее 10
92	Стерилизационная для экстренной стерилизации	10
93	Помещение разборки и мытья инструментов, в том числе эндоскопического оборудования	10, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
94	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную выше 4
95	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
96	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8
97	Протокольная (предусматривается при наличии более 4-х операционных)	15
98	Помещение для хранения послеоперационных отходов	4
99	Помещение хранения и подготовки гипса и гипсовых бинтов	6
100	Перевязочная с ванной и подъемником для ожоговых больных	30
101	Комната психологической разгрузки	18
102	Помещение временного хранения трупов	6
	3.4. Отделения гемодиализа и детоксикации	
103	Диализный зал с постом дежурной медицинской сестры	14 на одно диализное место
104	Помещение водоподготовки	10
105	Склад солей	2 на каждое диализное место, но не менее 8
106	Кладовая растворов	1,5 на каждое диализное место, но не менее 8

107	Помещение ремонта диализных аппаратов	12
108	Процедурная для проведения перитонеального диализа	16
	3.5. Диагностические лаборатории	
109	Лаборантская (в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и др.)	6 на каждое рабочее место, но не менее 12
110	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
111	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
112	Лаборатория срочных анализов	12
113	Автоклавная для обеззараживания	12
	3.6. Отделения производственной трансфузиологии	
114	Процедурная на 1 кресло со шлюзом для забора донорской крови, плазмафереза	4 на каждое кресло, но не менее 14 + 2
115	Бокс (с предбоксом) для фракционирования крови	10 + 4
116	Процедурная (со шлюзом) для аутоплазмафереза	14 + 2
117	Помещение для карантинизации плазмы, помещения хранения неапробированных компонентов крови, хранения кровезаменителей, временного хранения и выдачи крови и ее заменителей	10
118	Помещение отдыха доноров	12
	3.7. Лаборатория экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)	
119	Малая операционная - предоперационная - шлюз для входа пациентов	24 8 2
120	Манипуляционная для взятия яйцеклетки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки (предусматривается в случае отсутствия операционной)	18
121	Эмбриологическая лаборантская с кабинетом генетика	18 + 12
122	Помещение сдачи спермы	6
123	Криохранилище	10
	3.8. Патологоанатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы	
124	Помещение приема трупов	6
125	Кладовая для хранения вещей умерших	4
126	Помещение хранения трупов с кассетным холодильным шкафом	определяется габаритами

		оборудования, но не менее 12
127	Секционная на 1 стол	18 на стол и 12 на каждый последующий
128	Предсекционная	10
129	Комната приема и регистрации биопсийного и аутопсийного материала	6
130	Препараторская	10
131	Фиксационная	6
132	Архив влажного аутопсийного и биопсийного материала	8

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

129	Архив микропрепаратов и блоков биопсий	8
130	Помещение одевания трупов	10
131	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	6
132	Кладовая похоронных принадлежностей	6
133	Траурный зал	30
134	Помещение хранения трупов до отправки на кремацию	15
135	Помещение хранения урн с прахом до выдачи родственникам	6
136	Помещение священнослужителя	8
137	Кабинеты врачебного освидетельствования живых лиц	по площадям кабинетов для приема пациентов
138	Кабинет для работы с документами	10
139	Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей	6
140	Архив гистологического материала	12
	4. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений	
141	Кабинет заведующего отделением	16
142	Комната персонала	12
143	Помещение старшей медицинской сестры	10
144	Ординаторская	6 на одного врача, но не менее 12

145	Кабинет дежурного врача	10
146	Помещение для студентов <1>	
147	Помещение для преподавателей <1>	
148	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
149	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
150	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4
151	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
152	Медицинский архив	0,3 на одну койку, 4 на 100 посещений в смену, но не менее 12
153	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами)	0,9 на одно место
154	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
155	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на один крючок
156	Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала	0,5 на один индивидуальный шкаф
157	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на одного посетителя

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

159	Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах	1,3 на одно место, но не менее 2
160	Туалет с умывальником для персонала	3
161	Душ для персонала	3
162	Помещение временного хранения грязного белья	4
163	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
164	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
165	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)	8
166	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8

КонсультантПлюс: примечание.

165	Помещение для слива	2

<1> В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений.

Приложение 2
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

СОСТАВ, НАБОР И МИНИМАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПЛОЩАДИ ПОМЕЩЕНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ <2>

Наименование помещений	Минимальная площадь, м2	Примечания
1	2	3
Вестибюльная группа с регистратурой, гардеробом верхней одежды и ожидальней	10	На каждого взрослого пациента по 1,2 м2 На каждого ребенка с учетом пребывания одного из родителей - 2 м2
Кабинет врача (стоматолога-терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, детского стоматолога)	14	С увеличением на 10 м2 на каждую дополнительную стоматологическую установку (7 м2 на дополнительное стоматологическое кресло без установки)
Кабинет врача в общеобразовательных учреждениях	12	
Кабинет гигиены рта	10	С учетом ограниченного объема лечебной помощи
Операционный блок: предоперационная операционная комната временного пребывания пациента после операции	 6 20 4	При отсутствии центральной стерилизационной, инструментарий из операционной поступает на стерилизацию в предоперационную, где предусматривается стерилизационная, при этом площадь предоперационной увеличивается, как минимум, на 2 м2
Рентгеновский кабинет на один дентальный рентгеновский аппарат для прицельных снимков	6 <1>	Уменьшение площади возможно при соблюдении пунктов 7.2.1 настоящих санитарных правил

Стерилизационная	6	Площадь принимается в соответствии с технологическим обоснованием (габариты оборудования и пр.), но не менее 6 м2
Зуботехническая лаборатория: помещение зубных техников	7	4 м2 на одного техника, но не более 10 техников в одном помещении
Специализированные помещения: полимеризационная, гипсовочная, полировочная, паяльная	7	При наличии зуботехнической лаборатории на 1 - 2 штатных единицы зубных техников, возможно ее размещение в 2-х кабинетах - в одном из кабинетов совмещаются процессы гипсовки, полировки, полимеризации, пайки, в другом - рабочее место зубного техника. При этом площадь обоих кабинетов должна быть не менее 14 м2
литейная	4	В зависимости от технологии и габаритов оборудования площадь может быть изменена
Физиотерапевтическое отделение: кабинет электросветолечения, лазеротерапии кабинет гидротерапии кабинет УВЧ, СВЧ и ультрафиолетового облучения кабинет физиотерапии	 12 12 12 12	 6 м2 на один аппарат 6 м2 на один аппарат 6 м2 на один аппарат 6 м2 на один аппарат
Административные, подсобные и вспомогательные помещения: кабинет заведующего (администратора) комната персонала с гардеробом кабинет старшей медицинской сестры помещение хранения медикаментов и наркотических материалов помещения хранения изделий медицинского назначения кладовая грязного белья кладовая чистого белья туалет для пациентов туалет для персонала	 8 6 8 6 6 3 3 3 3	 На каждого работающего в смену по 1,5 м2. Верхняя одежда может быть размещена в шкафу-купе Может быть объединена с кабинетом старшей медицинской сестры, при этом площадь кабинета старшей медсестры не увеличивается Могут размещаться в шкафах-купе в коридорах и подвальных помещениях При количестве стоматологических кресел в стоматологической медицинской организации не более 3 допускается наличие одного туалета для

		пациентов и персонала

<1> Площади для других кабинетов и вспомогательных помещений рентгенологического отделения - в действующих санитарных правилах, регламентирующих требования к источникам ионизирующих излучений.

<2> В минимальный набор помещений для работы стоматологической медицинской организации входят: вестибюльная группа, кабинет врача-стоматолога, комната персонала, туалет, кладовая.

Приложение 3
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

КЛАСС ЧИСТОТЫ, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ВОЗДУХООБМЕН, ДОПУСТИМАЯ И РАСЧЕТНАЯ ТЕМПЕРАТУРА

Наименование помещений	Класс чистоты помещений	Санитарно-микробиологические показатели		Допустимая температура воздуха (расчетная)	Рекомендуемый воздухообмен в 1 час, не менее <1>		Кратность вытяжки при естественном воздухообмене
		общее количество микроорганизмов в 1 м3 воздуха (КОЕ/м3)			приток	вытяжка	
		до начала работы	во время работы				
1	2	3	4	5	6	7	8
Операционные, послеоперационные палаты, реанимационные залы (палаты), в том числе для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии, родовые, манипуляционные-туалетные для новорожденных	А	Не более 200	Не более 500	21 - 24 (21)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для асептических помещений, 80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для септических помещений	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного для асептических помещений расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного для септических помещений	Не допускается

Послеродовые палаты, палаты для ожоговых больных, палаты для лечения пациентов в асептических условиях, в том числе для иммуннокомпрометирован-ных	Б	Не более 500	Не более 750	21 - 23 (22)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Послеродовые палаты с совместным пребыванием ребенка, палаты для недоношенных, грудных, травмированных, новорожденных (второй этап выхаживания)	Б	Не более 500	Не более 750	23 - 27 (24)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десяти-кратного	По 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается
Шлюзы в боксах и полубоксах инфекционных отделений	В	Не норми-руется		22 - 24 (22)	По расчету, но не менее 5-кратного обмена		Не допускается
Рентгеноперационные, в том числе ангиографические	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 26 (20)	12	10	Не допускается
стерилизационные при операционных	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 27 (20)	3	-	2
ЦСО:							
чистая и стерильная зоны (контроля, комплектования и упаковки чистых инструментов, помещения для подготовки перевязочных и операционных материалов и белья, стерилизации, экспедиции)	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 27 (20)	100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	Не допускается
грязная зона (приема, разборки, мытья и сушки медицинских инструментов и изделий медицинского назначения)	Г	Не норми-руется	Не норми-руется	20 - 27 (20)	80% от расчетного воздухообмена, но не менее восьмикратного	100% от 100% от расчетного воздухообмена, но не менее десятикратного	Не допускается

Боксы палатных отделений, боксированные палаты	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	2,5
Палатные секции инфекционного отделения, в том числе туберкулезные	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	Не допускается
Палаты для взрослых больных, помещения для матерей детских отделений	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	Из расчета 80 м3/час на 1 койку	2
Шлюзы перед палатами для новорожденных	В	Не нормируется	Не нормируется	22 - 24 (22)	По расчету, но не менее 5	-	Не допускается
Кабинеты врачей, помещения дневного пребывания пациентов Кабинеты функциональной диагностики, процедурные эндоскопии (кроме бронхоскопии)	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	Из расчета 60 м3/час на 1 человека	Из расчета 60 м3/час на 1 человека	1
Залы лечебной физкультуры	В	Не нормируется	Не нормируется	18 - 28 (18)	80% от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося)	100% от расчетного воздухообмена (80 м3/час на 1 занимающегося)	2
Процедурные магнитно-резонансной томографии	В	Не нормируется	Не нормируется	20 - 23 (20)	100% от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	100% от расчетного воздухообмена на удаление теплоизбытков	Не допускается
Процедурные и асептические перевязочные, процедурные бронхоскопии	Б	Не более 300	Не нормируется	22 - 26 (20)	8	6	Не допускается
Процедурные с применением аминазина	В	Не нормируется	Не нормируется	22	8	10	Не допускается

Процедурные для лечения нейролептиками	В	Не нормируется	Не нормируется	18	-	3	2
Малые операционные	Б	Не более 500	Не более 750	20 - 24 (20)	10	5	1
Диспетчерские, комнаты персонала, комнаты отдыха пациентов после процедур	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	Приток из коридора	1	1
Процедурные и раздевальные рентгендиагностических, флюорографических кабинетов, кабинеты электросветолечения, массажный кабинет	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	3	4	Не допускается
Комнаты управления рентгеновских кабинетов и радиологических отделений, фотолаборатории	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	3	4	Не допускается
Монтажные и моечные кабинетов искусственной почки, эндоскопии, аппаратов искусственного кровообращения, растворные-деминерализационные	Г	Не нормируется	Не нормируется	18 (18)	-	3	2
Ванные залы (кроме радоновых), помещения подогрева парафина и озокерита, лечебные плавательные бассейны. Помещения (комнаты) для санитарной обработки больных, душевые	Г	Не нормируется	Не нормируется	25 - 29 (25)	3	5	3

Раздевальные в отделениях водо- и грязелечения	Г	Не нормируется	Не нормируется	23 - 29 (23)	Приток по балансу вытяжки из ванных и грязевых залов		2
Помещения радоновых ванн, залы и кабинеты грязелечения для полосных процедур, душевые залы	Г	Не нормируется	Не нормируется	25 - 29 (25)	4	5	Не допускается
Помещения для хранения и регенерации грязи	Г	Не нормируется	Не нормируется	12	2	10	Не допускается
Помещения приготовления раствора сероводородных ванн и хранения реактивов	Г	Не нормируется	Не нормируется	20	5	6	Не допускается
Помещения для мойки и сушки простыней, холстов, брезентов, грязевые кухни	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	6	10	Не допускается
Кладовые (кроме хранения реактивов), технические помещения (компрессорные, насосные и т.п.), мастерские по ремонту аппаратуры, архивы	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	1	1
Санитарные комнаты, помещения сортировки и временного хранения грязного белья, помещения мойки, носилок и клеенок, помещение сушки одежды и обуви выездных бригад	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	5	5
Кладовые кислот, реактивов и дезинфицирующих средств	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	5	5

Регистратуры, справочные вестибюли, гардеробные, помещения для приема передач больным, помещения выписки, ожидальные, буфетные, столовые для больных, молочная комната	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	1	1
Помещение для мытья и стерилизации столовой и кухонной посуды при буфетных и столовых отделении, парикмахерские для обслуживания больных	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	2
Хранилища радиоактивных веществ, фасовочные и моечные в радиологических отделениях	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	5	6	Не допускается
Помещения для рентген- и радиотерапии	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	По соответствующим санитарным правилам		
Кабинеты электро- свето-, магнито-, теплолечения, лечения ультразвуком	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	2	3	Не допускается
Помещения дезинфекционных камер: Приемно-загрузочные; разгрузочные (чистые) отделения	Г	Не нормируется	Не нормируется	16	Из чистого помещения 5	5 Через "грязные" отделения	Не допускается
Секционные, музеи и препараторские при патологоанатомических отделениях	Г	Не нормируется	Не нормируется	16 - 22 (16)	-	4	Не допускается

Помещения одевания трупов, выдачи трупов, кладовые похоронных принадлежностей, для обработки и подготовки к захоронению инфицированных трупов, помещения для хранения хлорной извести	Г	Не нормируется	Не нормируется	14 - 20 (14)	-	3	Не допускается
Санузлы	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	-	50 м3 на 1 унитаз и 20 м3 на 1 писсуар	3
Клизменная	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 27 (20)	-	5	2
Клинико-диагностические лаборатории (помещения для исследований)	Г	Не нормируется	Не нормируется	20 - 26 (20)	-	3	2
Аптеки							
Помещения для приготовления лекарственных форм в асептических условиях	А	200	500	18	4	2	Не допускается
Ассистентская, дефектарская, заготовочная и фасовочная, закаточная и контрольно-маркировочная, стерилизационная-автоклавная, дистилляционная	Б	500	750	18	4	2	1
Контрольно-аналитическая, моечная, распаковочная	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2	3	1

Помещения хранения основного запаса: А) лекарственных веществ, готовых лекарственных препаратов, в т.ч. и термолабильных, и предметов медицинского назначения; перевязочных средств; Б) минеральных вод, медицинской стеклянной и оборотной транспортной тары, очков и других предметов оптики, вспомогательных материалов, чистой посуды	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	2 -	3 1	1 1
Помещения для приготовления и фасовки ядовитых препаратов и наркотиков	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	3	3
Легковоспламеняющихся и горючих жидкостей	Г	Не нормируется	Не нормируется	18	-	10	5

<1> Кратность в графе "приток" указана для наружного воздуха. Расчетный воздухообмен должен обеспечивать выполнение требований к параметрам воздушной среды, указанной в данной таблице.

Приложение 4
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

**ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЕ КОНЦЕНТРАЦИИ (ПДК)
И КЛАССЫ ОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ВОЗДУХЕ
ПОМЕЩЕНИЙ ЛЕЧЕБНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

N п/п	Определяемое вещество	ПДК в мг/м3. Класс опасности	Методики определения
1	Диэтиловый эфир	300; IV	МУ 46-07 ФГХ-1 "Газохроматографическое определение Диэтилового эфира в воздухе"
2	Трихлорэтилен	10	
3	Хлористый этил	50; IV	
4	Закись азота	5 (в перерасчете на 02)	Экспресс-метод Г/анализатор "Элан CO/NO"
5	Формальдегид	0,5; II.A	МУК 4.1.2469-09 "Методические указания по фотометрическому определению формальдегида в воздухе рабочей зоны"
6	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для воздуха рабочей зоны	20/10; III	ГН 2.2.5.1313-03 МВИ НПП "ЭКАН" N 64-04
7	Метил-2-метилпроп-2-еноат (Метилметакрилат) для атмосферного воздуха	0,1/0,01; III	ГН 2.1.6.1338-03 МВИ НПП "ЭКАН" N 64-04
8	Взвешенные вещества <1>	0,5/0,15; III	ГН 2.1.6.1338-03, РД 52-04-186-89
9	Кальций сульфат дигидрат (гипс)	2,0 III	ГН 2.2.5.1313-03, МУК 4.1.2468-09
10	Висмут и его неорганические соединения	0,5 II	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 24 N 4836-88

11	Цирконий	6,0 III	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 1-5 N 1636-77
12	Титан	-/10 IV	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88
13	Хром (VI) триоксид	0,03/0,01 I	ГН 2.2.5.1313-03, МУ 4945-88
14	диХром триоксид (по хрому III)	3/1 III	ГН 2.2.5.1313-03 МУ 1-5 N 1633-77, МУ 4945-88

<1> В воздухе рабочей зоны взвешенные вещества не нормируются, нормируются различные виды пыли, в том числе гипс (кальций сульфат дигидрат).

Приложение 5
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

НОРМИРУЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ЕСТЕСТВЕННОГО, ИСКУССТВЕННОГО И СОВМЕЩЕННОГО ОСВЕЩЕНИЯ
ОСНОВНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО и освещенности (Г - горизонтальная, В - вертикальная) и высота плоскости над полом, м	Естественное освещение		Совмещенное освещение		Искусственное освещение				
		КЕО $e_н$, %		КЕО $e_н$, %						
		при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	освещенность, лк			показатель дискомфорта М, не более	коэффициент пульсации освещенности, $К_п$, %, не более
						при комбинированном освещении		при общем освещении		
						всего	от общего			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Палатные отделения										
Приемные фильтры, фильтры-боксы	Г-0,0	-	-	-	-	-	-	100	25	15
Палаты отделений для взрослых	Г-0,0	2,0	0,5	-	-	-	-	100	25	15

Палаты: детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка	Г-0,0	3,0	1,0	-	-	-	-	200	25	15
Классные комнаты детских стационаров/отделений	Г-0,8	4,0	1,5	-	-	-	-	500	15	10
Игровые комнаты	Г-0,0	4,0	1,5	-	-	-	-	400	15	10
Помещения приема пищи	-0,8	-	-	1,5	0,5	-	-	200	60	20
Процедурные, манипуляционные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	-	-	500	40	10
Посты медсестер	Г-0,8	-	-	1,5	0,4	-	-	300	40	15
Комнаты дневного пребывания	Г-0,8	2,5	0,7	1,5	0,4	-	-	200	60	20
Помещения хранения переносной аппаратуры	Г-0,0	-	-	-	-	-	-	75	-	-
Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения										
Операционная	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	500	40	10
Родовая, диализационная, реанимационные залы, перевязочные	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	-	-	500	40	10
Предоперационная	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	300	40	15
Монтажные аппаратов искусственного кровообращения, искусственной почки и т.д.	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	400	20	10

Помещение хранения крови	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	40	20
Помещение хранения и приготовления гипса	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	75	-	-
Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения										
Регистратуры, диспетчерские	Г-0,8	-	-	1,5	0,4	-	-	200	60	20
Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые		4,0	1,5	2,4	0,9	-	-	500	40	10
Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	-	-	300	40	15
Темные комнаты офтальмологов	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	20	-	10
Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии	Г-0,8	-	-	1,8	0,6	-	-	300	40	15
Процедурные эндоскопических кабинетов	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	300	40	15
Процедурные рентгенодиагностики	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	50	-	-
Процедурные радиологической диагностики и терапии	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	400	40	10

Помещения бальнеотерапии, душевые залы	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Помещения трудотерапии	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	-	-	300	40	15
Помещения для лечения сном, фотарии	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	50	-	-
Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы	Г-0,8	-	-	1,5	0,4	-	-	200	60	20
Помещения подготовки парафина, озокерита, обработки прокладок, стирки и сушки простыней, холстов, брезентов, регенерации грязи	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	75	-	-
Лаборатории медицинских учреждений										
Помещения приема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения для окраски проб, центрифужные	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	40	10
Лаборатории проведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические	Г-0,8	4,0	1,5	2,4	0,9	-	-	500	40	10
Препараторские, лаборантские общеклинических, гематологических, биохимических	Г-0,8	3,0	1,0	1,8	0,6	-	-	300	40	15

бактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинеты взятия проб, коагулографии, фотометрии										
Моечные лабораторной посуды, термостатная	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Аптеки										
Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная	Г-0,8	-	-	2,4	0,9	600	400	500	40	10
Моечные	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	100	-	-
Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	75	-	-
Стерилизационные и дезинфекционные помещения										
Стерилизационная-автоклавная, помещение приема и хранения материалов	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	40	20

Помещение подготовки инструментов	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	40	20
Помещение ремонта и заточки инструментов	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	300	40	15
Помещение дезинфекционных камер	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	75	-	-
Патологоанатомические отделения										
Секционная	Г-0,8	3,5	1,2	2,1	0,7	-	-	400	40	10
Предсекционная, фиксационная	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Помещения пищеблоков										
Раздаточные	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	300	60	20
Горячие, холодные, доготовочные, заготовочные цехи	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Моечные посуды	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	200	60	20
Загрузочные, кладовые	Г-0,8	-	-	-	-	-	-	75	-	-

Примечание: Освещенность помещений, не указанных в таблице, принимается в соответствии с требованиями санитарных норм по естественной и искусственной освещенности.

Приложение 6
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

Перечень изделий медицинской техники и медицинского назначения, используемых в медицинской и фармацевтической деятельности и подлежащих санитарно-эпидемиологической и гигиенической оценке:

- Изделия медицинские из латекса и клеев;
- Катетеры;
- Мешки (дыхательных контуров);
- Напальчники медицинские;
- Перчатки анатомические, хирургические;
- Средства предохранения (презервативы);
- Изделия медицинские, санитарно-гигиенические и предметы ухода за больными;
- Программно-технические комплексы для автоматизированных систем, автоматизации и обработки медицинской информации;
- Бумага и изделия бытового, санитарно-гигиенического и медицинского назначения разового пользования (полотенца бумажные, платки носовые бумажные, пеленки и подгузники бумажные, салфетки бумажные, пакеты гигиенические женские и другие);
- Оборудование кондиционирования воздуха, сантехническое, камбузное, медицинское и другое;
- Устройства перевода речи и аппараты слуховые электронные;
- Изделия медицинские метражные (марля, бинты, салфетки, повязки, полотна);
- Вата и изделия ватные (из хлопковых, химических и шерстяных волокон);
- Вата гигроскопическая (глазная, хирургическая, гигиеническая, оптическая);
- Вата медицинская компрессная (нерасфасованная, расфасованная);
- Изделия чулочно-носочные из синтетической пряжи и нитей медицинского назначения;
- Изделия медицинские из хлопчатобумажной пряжи, искусственных и синтетических нитей и пряжи, чистошерстяной и полушерстяной пряжи в смеси с другими волокнами и нитями (пряжей) общего назначения - наколенники, налокотники, голеностопы, напульсники, фиксирующие повязки, чехлы для культей, оболочки для протезов;
- Юбки, халаты, блузки, фартуки, жилеты, платья и сорочки рабочие и специального назначения;
- Головные уборы рабочие и специального назначения;
- Материалы хирургические, средства перевязочные специальные;
- Лейкопластыри и пластыри (простой, бактерицидный, технический, мозольный, перцовый);
- Изделия протезно-ортопедические;
- Протезы (экзопротезы) для верхних и нижних конечностей;
- Аппараты, изготовленные из полимерных материалов для верхних и нижних конечностей;
- Туторы для верхних и нижних конечностей;
- Корсеты, реклинаторы, обтураторы и прочие изделия;
- Бандажи и изделия к протезно-ортопедической продукции (грыжевые, дородовые, послеродовые, лечебные, лифы);
- Шприцы-инъекторы, шприцы многоразового и одноразового использования, изготовленные из полимерных материалов без игл;
- Турбоингаляторы;
- Инструменты медицинские из полимерных материалов;
- Инструменты режущие с приводом;
- Приборы и аппараты медицинские;
- Приборы для медицины, биологии и физиологии;

- Кардиокомплексы;
- Приборы и аппараты для диагностики, кроме измерительных (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Приборы эндоскопические и увеличительные;
- Аппараты рентгеновские медицинские диагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Приборы радиодиагностические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Очки;
- Приборы и аппараты для лечения;
- Приборы и аппараты для электролечения низкочастотные;
- Аппараты для электролечения высокочастотные и квантовые;
- Приборы и аппараты для магнитотерапии;
- Приборы и аппараты для воздействия ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами;
- Эндоскопы для лечения;
- Приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические (в части измерений и оценки шумовых характеристик, электромагнитных полей);
- Приборы и аппараты ультразвуковые;
- Аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности;
- Аппараты вакуумно-нагнетательные, для вливания и ирригации;
- Аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма;
- Оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, изготовленные с использованием полимерных и синтетических материалов, контактирующих с кожей человека;
- Оборудование дезинфекционно-стерилизационное, моечное, для санитарной обработки, действующее на основе ультрафиолетового излучения, ультразвука, СВЧ;
- Оборудование для очистки и обогащения воздуха;
- Установки стоматологические;
- Оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое;
- Линзы для коррекции зрения контактные мягкие.

Приложение 7
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ
ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СОЗДАВАЕМЫЕ ИЗДЕЛИЯМИ
МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Таблица 1

Допустимые уровни звука, создаваемые изделиями медицинской техники

Тип изделия	Уровни звукового давления, в дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц									Уровень звука $L_{A(экв)}$/ $L_{Амакс}$ (дБА)
	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Оборудование, предназначенное для круглосуточного использования (для мониторинга в палатах пациентов, в отделениях реанимации и т.п.)	74	56	44	36	29	25	22	19	18	30/40
Оборудование, предназначенное для работы в повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом или населением (программно-диагностические комплексы, приборы для функциональной диагностики, аэроионизационное оборудование, кислородные концентраторы и т.п.)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40/50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном или повторно-кратковременном режиме, для использования старшим медицинским персоналом (аппараты ИВЛ и НДА, электрохирургическое оборудование, лазерные установки, ультразвуковые сканеры и т.п.)	81	64	53	45	39	35	32	30	28	40/50
Оборудование, предназначенное для работы в непрерывном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом: - физиотерапевтическое, рентгенологическое оборудование, лечебные стоматологические установки и т.п.;	86	71	61	54	49	45	42	40	38	50/60
- отсасыватели, ирригаторы, инсуффляторы, изделия медицинской техники, содержащие в составе насосы, компрессоры и т.п.	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60/70
Оборудование, предназначенное для работы в кратковременном и повторно-кратковременном режиме, для использования старшим и средним медицинским персоналом (магнитно-резонансные томографы, литотриптеры и т.п.) <1>	93	79	70	63	58	55	52	50	49	60/80
Оборудование, предназначенное для непрерывной работы при кратковременном пребывании среднего и младшего медицинского персонала (стерилизационно-дезинфекционное, моечное	96	83	74	68	63	60	57	55	54	65/80

оборудование и т.п.)										
Оборудование, предназначенное для кратковременного использования средним медицинским персоналом (оборудование для зубопротезного производства и т.п.)	100	87	79	72	68	65	63	61	59	70/80

Примечание.

<1> Допускается превышение максимального уровня звука при условии использования комплекса мер защиты, обеспечивающего снижение воздействующих уровней до нормативных величин.

Таблица 2

Допустимые уровни воздушного ультразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты третьоктавных полос, кГц	12,5	16,0	20,0	25,0	31,5 - 100,0
Уровень звукового давления, дБ	70	80	90	95	100

Таблица 3

Допустимые уровни контактного ультразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Пиковые значения виброскорости, м/с	Уровень виброскорости, дБ	Интенсивность, $Вт/см^2$
16 - 63	5×10^{-3}	100	0,03
125 - 500	$8,9 \times 10^{-3}$	105	0,06
1×10^{3} - $31,5 \times 10^{3}$	$1,6 \times 10^{-2}$	110	0,1

Таблица 4

Допустимые уровни инфразвука, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	2	4	8	16
Уровень звукового давления, дБ	75	70	65	60

Примечание.

Общий уровень звукового давления в диапазоне частот от 1,4 Гц до 22 Гц не должен превышать 75 дБ.

Таблица 5

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми в дневное время суток

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Xo, Yo, Zo			
	Виброускорение		Виброскорость	
	$2 \cdot 10^{-3}$ м/с	дБ	10^{-4} м/с	дБ
2	10,0	80	7,9	84
4	11,0	81	4,5	79
8	14,0	83	2,8	75
16	28,0	89	2,8	75
31,5	56,0	95	2,8	75
63	110,0	101	2,8	75
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	10	80	2,8	75

Таблица 6

Допустимые уровни общей вибрации, создаваемой изделиями медицинской техники, эксплуатируемыми круглосуточно

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Xo, Yo, Zo			
	Виброускорение		Виброскорость	
	$2 \cdot 10^{-3}$ м/с	дБ	10^{-4} м/с	дБ
2	4,0	72	3,2	76
4	4,5	73	1,8	71
8	5,6	75	1,1	67
16	11,0	81	1,1	67
31,5	22,0	87	1,1	67
63	45,0	93	1,1	67
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	4,0	72	1,1	67

Таблица 7

Допустимые уровни локальной вибрации в октавных полосах 8 - 1000 Гц, создаваемые изделиями медицинской техники

Среднегеометрические частоты октавных полос, Гц	Допустимые значения по осям Xл, Yл, Zл	
	Виброускорение	Виброскорость

	м/с2	дБ	-3 м/с x 10	дБ
8	0,45	113	8,9	105
16	0,45	113	4,5	99
31,5	0,89	119	4,5	99
63	1,8	125	4,5	99
125	3,5	131	4,5	99
250	7,0	137	4,5	99
500	14,0	143	4,5	99
1000	28,0	149	4,5	99
Действующий корректированный или эквивалентный корректированный уровень	0,63	116	6,3	102

Примечание. При оценке локальной вибрации по величине полного среднеквадратичного значения корректированного виброускорения (a_{hv}), уровни контролируемого показателя не должны превышать 0,5 м/с2.

Таблица 8

Временные допустимые уровни локальной вибрации в 1/3 и 1/1 октавных полосах частот диапазона от 2000 до 8000 Гц

Средне-геометрические частоты, Гц	Допустимые значения по осям Хл, Yл, Zл							
	Виброускорение				Виброскорость			
	2 м/с2 x 10		дБ		-2 м/с x 10		дБ	
	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве	в 1/3 октаве	в 1/1 октаве
1600	0,282		149		0,282		95	
2000	0,355	0,631	151	156	0,282	0,501	95	100
2500	0,447		153		0,282		95	
3150	0,562		155		0,282		95	
4000	0,708	1,259	157	162	0,282	0,501	95	100
5000	0,891		159		0,282		95	
6300	1,122		161		0,282		95	
8000	1,413	2,512	163	168	0,282	0,501	95	100
10000	1,778		165		0,282		95	

Таблица 9

Допустимые уровни электромагнитных полей
диапазона частот 30 кГц - 300 ГГц, создаваемые изделиями
медицинской техники

Диапазоны частот	30 - 300 кГц	0,3 - 3 МГц	3 - 30 МГц	30 - 300 МГц	0,3 - 300 ГГц
	напряженность электрического поля, В/м				плотность потока энергии, мкВт/см2
Допустимые уровни	25	15	10	3	10

Примечания.

Допускается проводить одночисловую оценку напряженности электромагнитного поля, создаваемого изделиями медицинской техники в диапазоне частот от 30 кГц до 300 МГц, при отсутствии превышения допустимого уровня в 3 В/м.

Таблица 10

Допустимые уровни электрического и магнитного полей,
создаваемые изделиями медицинской техники, работающими
на частоте 20 - 22 кГц (установки индукционного
нагрева, др.)

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля, кВ/м	0,5
Напряженность магнитного поля, А/м	4

Таблица 11

Временные допустимые уровни синусоидальных электромагнитных
полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	25/f <1>
Индукция магнитного поля, мкТл	250/f <1>

_____

Примечание.

<1> f - частота действующего электромагнитного поля.

Таблица 12

Временные допустимые уровни синусоидальных
электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц
до 10 кГц и свыше 10 кГц до 30 кГц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень в диапазоне частот	
	свыше 50 Гц до 10 кГц	свыше 10 кГц до 30 кГц
Напряженность электрического поля, В/м	50	25
Напряженность магнитного поля, А/м	4	-

Таблица 13

Допустимые уровни электрического и магнитного поля
промышленной частоты (50 Гц), создаваемые изделиями

медицинской техники

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электрического поля частотой 50 Гц, кВ/м	0,5
Напряженность (индукция) магнитного поля частотой 50 Гц, А/м (мкТл)	4 (5)

Таблица 14

Временные допустимые уровни постоянного магнитного поля

Вид воздействия	Временный допустимый уровень магнитной индукции, мТл
Общее	1,0
Локальное	1,5

<1> Примечание. Временные допустимые уровни ПМП установлены с учетом возможности действия фактора на отдельные особо важные участки и части тела человека (например, область сердца, голова и др.) при эксплуатации некоторых ИМТ, предназначенных для использования населением без специального контроля времени применения (например, магнитные стимуляторы, слуховые аппараты специальной конструкции и т.п.).

Таблица 15

Временный допустимый уровень индукции
импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов
свыше 0 Гц до 100 Гц

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 0 Гц до 100 Гц, мТл	0,175

Таблица 16

Допустимые уровни напряженности электростатического поля
при работе изделий медицинской техники и электризуемости
используемых материалов

Контролируемый параметр	ПДУ
Напряженность электростатического поля, кВ/м	15
Электростатический потенциал, В	500
Электризуемость материалов (по показателю напряженности электростатического поля), кВ/м	7

Таблица 17

Временные допустимые уровни
электромагнитных полей, создаваемых изделиями медицинской
техники, оснащенными видеодисплейными терминалами

Наименование параметра		ВДУ ЭМП
Напряженность электрического поля	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	25 В/м
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	2,5 В/м
Плотность магнитного потока	в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц	250 нТл
	в диапазоне частот 2 кГц - 400 кГц	25 нТл

Электростатический потенциал экрана видеомонитора или напряженность электростатического поля	500 В 15 кВ/м

Таблица 18

Допустимые визуальные параметры устройств отображения информации изделий медицинской техники

Параметры	Допустимые значения
Яркость белого поля	Не менее 35 кд/м2
Неравномерность яркости рабочего поля	Не более +/- 20%
Контрастность (для монохромного режима)	Не менее 3:1
Временная нестабильность изображения (непреднамеренное изменение во времени яркости изображения на экране дисплея)	Не должна фиксироваться

Таблица 19

Допустимые уровни излучений видимого и инфракрасного диапазонов от экранов изделий медицинской техники

Вид изделий	Спектральный диапазон	Длина волны, нм	Допустимая интенсивность излучения, Вт/м2
Экраны видеомониторов, осциллографы приборов, плазменные панели приборов	Видимый	400 - 760	0,1
	Ближний ИК диапазон	760 - 1050	0,05
	ИК диапазон	Свыше 1050	4

Таблица 20

Допустимые параметры микроклимата в основных помещениях, предназначенных для эксплуатации изделий медицинской техники <1>

Параметры микроклимата	Допустимые значения
Температура воздуха, °С в холодный период года в теплый период года	 22 - 24 21 - 23
Относительная влажность воздуха, %	30 - 60
Скорость движения воздуха м/с, не более	0,2

Примечание. Работа изделий медицинской техники не должна сопровождаться изменением параметров микроклимата, выходящими за пределы допустимых значений, указанных в таблице П. 10.20.

Таблица 21

Допустимая максимальная температура рукояток и поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя

Материал	Температура поверхностей (°С) при продолжительности контакта

	не более 1 мин.	не более 10 мин.	без ограничения времени
Непокрытый металл	51	43	40
Покрытый металл	51	43	40
Керамика, стекло, камень	56	43	40
Пластик	60	43	40
Дерево	60	43	40

Примечания.

1) Оптимальным является диапазон температур от 25,0 до 40,0 °С без ограничения продолжительности контакта.

2) Указанные требования применимы к относительно небольшим поверхностям отдельных частей тела человека.

Таблица 22

Допустимая минимальная температура рукояток
и поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных
для контакта пользователя

Место измерения	Температура поверхностей, °С, не менее
Рукоятки инструментов и других поверхностей изделий медицинской техники, предназначенных для контакта пользователя	15 - 19
То же для вибрирующего оборудования	21,5

Таблица 23

Допустимая интенсивность теплового облучения от изделий
медицинской техники

Облучаемая поверхность тела, %	Интенсивность теплового облучения, Вт/м2
50 и более	35
25 - 50	70
Не более 25	100

Примечание.

1) Интенсивность теплового облучения, создаваемая светильниками хирургическими и другими осветительными приборами на уровне головы человека, не должна превышать 60 Вт/м3.

Таблица 24

Допустимые уровни оптического излучения видимого диапазона
изделий медицинской техники

Параметры оптического излучения	Допустимые значения, не более
Яркость светящихся поверхностей, кд/м2	200
Яркость источников света от светостимуляторов (светодиодов), предназначенных для непосредственного воздействия на глаза, кд/м2	20
Мощность излучения в максимуме рабочего импульса, мВт	0,5

Показатель ослепленности (для оборудования, предназначенного для выполнения зрительных работ), усл. ед.: I - II разряда III, IV, V, VI, VII, VIIIa разрядов	 20 40
Коэффициент пульсации освещенности, Кп, %	5

Таблица 25

Допустимые уровни ультрафиолетового излучения, создаваемого изделиями медицинской техники различного назначения <1>

Вид изделий	Спектральный диапазон длин волн, нм	Допустимая интенсивность облучения, Вт/м2
Изделия облучательного действия, физиотерапевтическое оборудование <2>	свыше 315 до 400	10
	свыше 280 до 315	1,9
	свыше 200 до 280	Не допускается
Изделия профилактического назначения, генерирующие УФ-излучение, установки фототерапии, инкубаторы для новорожденных, косметологическое оборудование, приборы для ухода за кожей ультрафиолетовым излучением, эритемные светильники <3>	свыше 315 до 400	1,0
	свыше 280 до 315	0,05
	свыше 200 до 280	Не допускается
Для изделий всех видов применения (в том числе лампы люминесцентные, галогенные в составе осветительных приборов, полимериизационные стоматологические и пр.)	свыше 280 до 400	0,03
	свыше 200 до 280	Не допускается

Примечания.

<1> УФ-излучение от ИМТ с длиной волны менее 200 нм оценивается по соответствующим нормативам, указанным для диапазона 200 - 280 нм.

<2> Для кратковременного использования с регламентацией времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты.

<3> При регламентации времени эксплуатации, с учетом площади облучаемой поверхности и с применением средств индивидуальной защиты.

Таблица 26

Характеристика классов опасности лазерных изделий медицинской техники

Классы опасности	Степень опасности, описание риска			
	Коллимированное излучение		Диффузно отраженное излучение на расстоянии 10 см от отражающей поверхности	
	Глаз	Кожа	Глаз	Кожа
I	Безопасно	Безопасно	Безопасно	Безопасно
II	Выходное излучение представляет опасность	Опасность при облучении кожи существует только в I и III спектральных диапазонах	Безопасно	Безопасно

III (распространяется только на лазеры, генерирующие излучение во II спектральном диапазоне - свыше 380 до 1400 нм)	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Безопасно
IV	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представляет опасность	Выходное излучение представ-ляет опасность

Таблица 27

Допустимые концентрации аэроионов, создаваемые изделиями медицинской техники

Допустимые концентрации аэроионов, ион/см3		Коэффициент униполярности
Положительные	Отрицательные	
400 - 50000	600 - 50000	0,4 < У < 1,0

Таблица 28

Допустимые параметры воздушной среды в бароаппаратах

Параметры воздушной среды	Допустимые значения
Температура воздуха, °С	от 20 до 26 <1>
Относительная влажность воздуха, %	от 65 до 85
Концентрация CO_2, %, не более	0,3
Вентилируемость, м3/ч, не менее	14
Кратность воздухообмена (для воздушных бароаппаратов), не менее	10

Примечание.

<1> Допускается кратковременное - до 10 мин., снижение температуры ниже 20 °С на режимах декомпрессии и повышение выше 26 °С - на режимах компрессии.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МАТЕРИАЛОВ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Таблица 29

Гигиенические показатели и нормативы веществ, выделяющихся из материалов изделий медицинского назначения <1>

Наименование материала, изделия	Контролируемые показатели	ДКМ, мг/л	ПДК, ОБУВ хим. в-в в питьевой воде, мг/л	Класс опас-ности	ПДКсс мг/м3	ОБУВ а.в., мг/м3	Класс опас-ности
1	2	3	4	5	6	7	8

1. Полимерные материалы и пластические массы на их основе							
1.1. Полиэтилен (ПЭВД, ПЭНД), полипропилен, сополимеры пропилена с этиленом, полибутилен, полиизобутилен, комбинированные материалы на основе полиолефинов	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
1.2. Полистирольные пластики							
полистирол (блочный, суспензионный, ударопрочный)	стирол	-	0,01	2	0,002		2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с акрилонитрилом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3
АБС-пластики	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	альфа-метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с метилметакрилатом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с метилметакрилатом и акрилонитрилом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
сополимер стирола с альфа-метилстиролом	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	альфа-метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
	бензальдегид	-	0,003	4	0,04	-	3
	ацетофенон	-	0,1	3	0,003	-	3
сополимеры стирола с бутадиеном	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2

	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
вспененные полистиролы	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.3. Поливинилхлоридные пластики							
жесткий ПВХ	винил хлористый	-	0,01	2	0,01		1
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	олово	2,0	-	3	-	-	-
пластифицированный ПВХ, дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02	-
	дидодецилфталат	-	2,0	3	-	0,1	-
	диизододецилфталат	-	2,0	3	-	0,03	-
	дибутилфталат	-	0,2	3	-	-	-
	диэтиленгликоль	-	1,0	3	0,2	-	4
ПВХ-волокна (хлорин, волокна на основе перхлорвинила), дополнительно к показателям, указанным для жесткого ПВХ, следует определять	хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2
	диметилформамид	-	10,0	4	0,03	-	2
	дихлорметан (метиленхлорид)	-	0,02	1	8,8	-	4
	1,2-дихлорэтан		0,02	2	1	-	2
	хлористый водород	-	-	-	0,1	-	2
	хлорорганические соединения (конкретные вещества						

	определять по рецептуре)						
1.4. Поливинилоспиртовые (ПВС, винол)	винил хлористый	-	0,01	2	0,01	-	1
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.5. Полимеры на основе винилацетата и его производных: поливинилацетат, поливиниловый спирт, сополимерная дисперсия винилацетата с дибутилмалеинатом	винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.6. Полиакрилаты	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	метилакрилат		0,02	4	0,01	-	4
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
1.7. Полиакрило-нитрильные волокна (ПАН, нитрон, др.)	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
	метилметилакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	диметилформамид	-	10,0	4	0,03	-	2
	винилацетат	-	0,2	2	0,15	-	3
1.8. Полиорано-силаксаны (силиконы)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
при наличии фенильной группы	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.9. Полиамиды:							
полиамид 6 (поликапроамид, капрон, анид)	Е-капролактам	-	0,5	4	0,06	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полиамид 66 (полигексаметилен-адипамид, найлон)	гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	1	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2

полиамид 610 (полигексаметилен-себацинамид)	гексаметилендиамин	-	0,01	2	0,001	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полиакриламид	акриламид	-	0,0001	1	-	0,005	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.10. Полиуретаны (спандекс, др.)	этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0	-
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
1.11. Полиэфиры:							
полиэтиленоксид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
полипропиленоксид	метилацетат	-	0,1	3	0,07	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
политетраметиленоксид	пропиловый спирт	-	0,1	4	0,3	-	3
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
полифениленоксид	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
полиэтилентерефталат и сополимеры на основе терефталевой кислоты (лавсан, полиэстер, дакрон, мерсилен, дагрофил)	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	этиленгликоль	-	1,0	3	-	1,0	-
	диметилтерефталат	-	1,5	4	0,05	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3

	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
поликарбонат	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	метиленхлорид (дихлорметан)	-	0,02	1	8,8	-	4
	хлорбензол	-	0,02	3	0,1	-	3
полисульфон	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
полифениленсульфид	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	дихлорбензол	-	0,002	3	-	0,03	-
	бор (B)	-	0,5	2	-	-	-
при использовании в качестве связующего:							
фенолоформаль-дегидных смол	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
кремнийорганических смол	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
эпоксидных смол	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003		2
1.12. Фторопласты: фторопласт-3, фторопласт-4, тефлон, полифен	фтор-ион (суммарно)	-	0,5	2	-	-	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003		2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-

1.13. Пластмассы на основе фенолоальдегидных смол (фенопласты)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
1.14. Полиформальдегид	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
1.15. Аминопласты (массы прессованные карбамидо- и меламиноформальде-гидные)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.16. Полимерные материалы на основе эпоксидных смол	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
1.17. Иономерные смолы, в т.ч. серлин	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
1.18. Целлюлоза	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.19. Эфирцеллюлоз-ные пластмассы (этролы)	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
1.20. Коллаген (биополимер)	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3

	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
2. Полимерные стоматологические композиции (с учетом состава материалов)	метилакрилат	-	0,02	4	0,01	-	4
	метилметакрилат	-	0,25	2	0,01	-	3
	бутилакрилат	-	0,01	4	0,0075	-	2
	дифенилолпропан	-	0,01	4	-	0,04	-
	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
3. Резины, латексы на основе:							
3.1. Каучук натуральный (смокед-шит, светлый креп)	Перечень контролируемых веществ определяется исходя из рецептуры						
3.2. Синтетические каучуки							
бутиловый (БК), хлорбутиловый (НТ)	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
изопреновый (СКИ, СКИЛ)	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
хлоропреновый (наирит)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
бутадиеновый (СКД-ЛР), натрий бутадиеновый (СКБ)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
бутадиеннитрильные разных марок (СКН, СКД, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
бутадиенстирольные (СКС, СРС, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
бутадиенметил-стирольные (СКМС, СРСМ, др.)	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	альфа-метилстирол	-	0,1	3	0,04	-	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.3. Латексы							
натуральный, изопреновый	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
на основе бутилкаучука	изобутилен	-	0,5	3	10	-	4
	изопрен	-	0,01	4	0,5	-	3
бутадиенстирольный и стиролбутадиеновый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4

	стирол	-	0,01	2	0,002		2
бутадиеннитрильный	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
хлоропреновый (неопреновый)	хлоропрен	-	0,01	2	0,002	-	2
поливинилхлоридный	винил хлористый	-	0,01	2	0,01	-	1
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
карбоксилатные, в зависимости от состава	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
	акриловая кислота	-	0,5	2	0,04	-	3
	метакриловая кислота	-	1,0	3	0,2	-	4
полистирольный	стирол	-	0,01	2	0,002	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
полиуретановый	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
3.4. Резины рентгеноконтрастные с использованием в качестве наполнителя окислов свинца или бария на основе каучуков:	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-
бутадиеннитрильных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	акрилонитрил	-	0,02	2	0,03	-	2
бутадиенстирольных	1,3-бутадиен	-	0,05	4	1,0	-	4
	стирол	-	0,01	2	0,002		2
глет свинцовый (допускается только для изготовления рентгеноконтрастных резин)	свинец	-	0,03	2	-	-	-
Тканевая и нетканевая основы резиновых и латексных материалов	Перечень контролируемых веществ определяется исходя из состава материалов						
3.5. Во всех резинах и латексах, в том числе: в резинах и латексах с неизвестной	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	цинк	-	1,0	3	-	-	-

рецептурой							
3.6. В зависимости от состава резин и латексов должны контролироваться:							
Вулканизующие агенты и ускорители вулканизации							
тиурам Д для укупорочных пробок и резин, контактирующих с кровью для прочих изделий	тетраметилтиурам-дисульфид	- 0,5	0,05	2 -	0,02 -	- -	3 -
тиурам Е для резин, контактирующих с кровью для прочих изделий	тетраэтилтиурам-дисульфид	- 0,5	0,05	3 -	0,03 -	- -	3 -
тиурам ЭФ	диэтилдифенилти-урам-дисульфид	1,0	-	-	-	-	-
цимат для резин, контактирующих с кровью для прочих изделий	диметилдитиокар-бамат цинка	0,05 0,5	- -	- -	- -	- -	- -
этилцимат для резин, контактирующих с кровью для прочих изделий	диэтилдитиокар-бамат цинка	0,05 0,5	- -	- -	- -	- -	- -
этилфенилдитио-карбамат цинка	этилфенилдитио-карбамат цинка	1,0	-	-	-	-	-
дифенилгуанидин для изделий, контактирующих с кожей для прочих изделий	дифенилгуанидин	0,5 0,15	- -	- -	- -	0,005 -	- -
альтакс	2,2-дибензтиазол-дисульфид	-	0,4	3	0,03	-	3
каптакс	2-меркаптобенз-тиазол	-	0,4	4	0,012	-	3
сульфенамид Ц	циклогексил-2-бензтиазолсуль-фенамид	-	0,4	4	0,2	-	4
суммарная миграция веществ класса тиазолов		0,4	-	-	-	-	-
Противостарители							
агидол-2	2,2-метилен-бис(4-метил-6-	2,0	-	-	-	-	-

	трет-бутил-фенол)						
агидол-40 неозон Д (нафтам-2)	2,4,6-трис-(3,5-ди-трет-бутил-4-окси-бензил)-мезитилен фенил-2-нафтиламин	1,0 0,2	- -	- -	- -	- 0,03	- -
Активаторы ускорителей							
белила цинковые	цинк	-	1,0	3	-	-	-
Наполнители							
аэросил	кремний	-	10,0	2	-	-	-
барий сернокислый и углекислый	барий	-	0,1	2	-	-	-
литопон	барий	-	0,1	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
Мягчители и пластификаторы							
масло индустриальное, масло-мягчитель (нетоксол)	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
полиэтилен низкомолекулярный	этилен	-	0,5	3	3,0	-	3
полипропилен атактический (АПП)	пропилен	-	0,5	3	3,0	-	3
кислота стеариновая (стеарин)	кислота стеариновая	0,25	-	4	-	-	-
дибутилфталат	дибутилфталат	-	0,2	3	-	-	-
диоктилфталат	диоктилфталат	-	2,0	3	-	0,02	-
ренацит (цинковая соль пентахлор-тиофенола)	хлорфенол	-	0,001	4	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
синтетические жирные кислоты (в зависимости от состава)	капроновая кислота	-	-	-	0,005	-	3
	метакриловая кислота	-	1,0	3	0,01	-	3
	олеиновая кислота	-	0,5	4	-	0,1	-
Поверхностно-активные вещества (эмульгаторы, диспергаторы, стабилизаторы), в зависимости от состава							
олеиновая кислота	олеиновая кислота	-	0,5	4		0,1	-
Стабилизаторы силиконовых смесей							

диолы НД-8 (альфа,омега-дигидроксиполи-диметилсилоксаны)	полиметилгидрокси-силоксан	-	2,0	4	-	-	-
Вещества, регулирующие pH латексных смесей							
аммиак водный	аммиак и аммоний ион	-	1,5	4	2,0	-	4
Вспомогательные вещества							
бензин	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
ксилол	ксилол	-	0,05	3	0,2	-	3
толуол	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
натрий карбокси-метилцеллюлоза	карбокси-метилцеллюлоза натриевая соль	-	2,0	3	-	-	-
полиэтиленовая пленка	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	спирт метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
триэтаноламин	триэтаноламин	-	1,0	4	-	0,04	-
цинк углекислый	цинк	-	1,0	3	-	-	-
4. Материалы из натурального волокна (окрашенные, отбеленные и т.п.); контроль красителей, пигментов проводить по п. 6 настоящей таблицы	суммарно по пестицидам: пентахлорфенол	-	0,05	2	-	0,02	-
	остаточный активный хлор	не до-пус-ка-ется	-	-	-	-	-
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
5. Материалы на основе искусственного волокна							
вискозные, ацетатные на основе целлюлозы	сероуглерод	-	1,0	4	0,005	-	2
	аммиак	-	1,5	4	2,0	-	4
	уксусная кислота	-	1,0	4	0,06	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
6. Бумага, картон, пергамент, подпергамент							
6.1. Бумага	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2

	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	хром (по Cr^{6+})	-	0,05	3	-	-	-
6.2. Бумага парафинированная дополнительно к показателям, указанным для бумаги, следует определять	гексан	-	0,1	4	-	-	-
	гептан	-	0,1	4	-	-	-
	бенз(а)пирен	не допускается	-	-	-	-	-
6.3. Картон	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	бутилацетат	-	0,1	4	0,1	-	4
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	хром (по Cr^{6+})	-	0,05	3	-	-	-
картон мелованный	титан	-	0,1	3	-	-	-

дополнительно следует определять	алюминий	-	0,5	2	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

6.5. Пергамент растительный	этилацетат	-	0,1	2	0,1	-	4
	формальдегид	-	0,1	2	0,003	-	2
	спирты:						
	метиловый	-	0,2	2	0,5	-	3
	пропиловый	-	0,1	4	0,3	-	3
	изопропиловый	-	0,1	4	0,6	-	3
	бутиловый	-	0,5	2	0,1	-	3
	изобутиловый	-	0,5	2	0,1	-	4
	ацетон	-	0,1	3	0,35	-	4
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
	железо	-	0,3		-	-	-
	хром (по Cr^{6+})	-	0,05	3	-	-	-

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

4.6. Подпергамент (бумага с добавками, имитирующими свойства пергамента растительного)	кроме указанных выше веществ следует определять:						
	ацетальдегид	-	0,2	4	0,01	-	3
	фенол	-	0,05	4	0,003	-	2
	эпихлоргидрин	-	0,1	2	0,2	-	2
	Е-капролактам	-	0,5	4	0,06	-	3
	бензол	-	0,01	1	0,1	-	2
	толуол	-	0,5	4	0,6	-	3
	ксилолы (смесь изомеров)	-	0,05	3	0,2	-	3
	титан	-	0,1	3	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

6. Красители, пигменты (в	на основе бензидина	не допускается	не допускается

зависимости от химического состава)	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-
	мышьяк	-	0,05	2	-	-	-
	хром (по Cr^{6+})	-	0,05	3	-	-	-
	кобальт	-	0,1	2	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
	никель	-	0,02	2	-	-	-
	ртуть	-	0,005	1	-	-	-
7. Металлы из полимерных, резиновых, латексных и других материалов исходя из рецептуры	цинк	-	1,0	3	-	-	-
	свинец	-	0,03	2	-	-	-
	хром (по Cr^{6+})	-	0,05	3	-	-	-
	олово	-	1,0	3	-	-	-
	медь	-	1,0	3	-	-	-
	кадмий	-	0,001	2	-	-	-
	железо	-	0,3	3	-	-	-
	марганец	-	0,1	3	-	-	-
	барий	-	0,1	2	-	-	-
	никель	-	0,02	2	-	-	-

Примечание.

<1> Конкретный перечень веществ, подлежащих контролю в модельных средах при оценке материалов и изделий медицинского назначения, может быть уточнен с учетом их состава, назначения и условий эксплуатации.

Таблица 30

Санитарно-гигиенические интегральные показатели оценки материалов и состояния водных вытяжек из материалов изделий медицинского назначения

Контролируемые показатели, единицы измерения	Допустимые значения
Показатели оценки материалов ИМН	
Запах, баллы	Не более 1
Показатели оценки водных вытяжек из материалов ИМН	
Запах, баллы	0
Привкус <1>, баллы	0
Мутность, осадок, описательно	не допускается

Изменение цветности	не допускается
Восстановительные примеси, мл 0,02 Н раствора $Na_2S_2O_3$	не более 1,0
Значение pH, ед. pH	5,5 - 7,5
Изменение значения pH по сравнению с контролем, ед. pH: - для изделий, контактирующих с кровью - для остальных изделий	 в пределах +/- 0,5 в пределах +/- 1,0
Ультрафиолетовое поглощение в диапазоне длин волн от 220 до 360 нм, ед. О.П.: - для контейнеров для крови - для устройств комплектных эксфузионных, инфузионных и трансфузионных однократного применения - для остальных изделий	 не более 0,2 не более 0,1 не более 0,3
Перманганатная окисляемость (ПО), мг O_2 /л <2>: - для диализаторов типа ДИП - магистралей кровопроводящих - фильтров крови типа ФК - для оксигенаторов - для изделий из резин, предназначенных для контакта с инъекционными и диффузионными препаратами	 не более 1,0 не более 0,5 не более 2,5 не более 2,0 не более 3,0
Бромируемость, мг Br_2 /л <2>: - для диализаторов типа ДИП, магистралей кровопроводящих - фильтров крови типа ФК - для оксигенаторов - для остальных изделий	 не более 0,3 не более 6,0 не более 1,0 не более 0,3

Примечание.

<1> Показатель определяется при оценке материалов изделий, предназначенных для контакта со слизистыми оболочками полости рта.

<2> Показатель определяется при необходимости решения спорных вопросов при пограничных значениях прочих показателей.

Таблица 31

Токсикологические и клинико-лабораторные показатели безопасности оценки материалов медицинских изделий и водных вытяжек из них и их допустимые значения

	Наименование показателя	Критерии, единицы измерения	Допустимые значения
	Показатели токсикологической оценки водных вытяжек из материалов изделий		
1.1	Раздражающее действие		
1.1.1	Раздражающее действие на кожу	гиперемия, баллы	0
1.1.2	Раздражающее действие на слизистые оболочки	гиперемия, баллы	0

1.2	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок, в брюшину <1>		
1.2.1	Смертность	гибель животных	отсутствие
1.2.2	Клинические симптомы интоксикации	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
1.2.3	Изменение массы тела	достоверные изменения массы тела животных в опытной группе по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.4	Массовые коэффициенты <2> внутренних органов (тимуса, селезенки, печени или др. - в зависимости от состава и назначения материала)	достоверные различия массовых коэффициентов внутренних органов животных в опытной группе, по сравнению с контролем	отсутствие
1.2.5	Макроскопические изменения внутренних органов и тканей	визуальные изменения внутренних органов и тканей	отсутствие
1.3	Показатели острой токсичности при внутрикожном введении	воспалительная реакция кожи, оцениваемая по наличию гиперемии, баллы	0
1.4	Сенсибилизирующее действие	по показателям и критериям п. п. 1.4.1 - 1.4.6	отсутствие
1.4.1	Провокационная внутрикожная проба	количество положительных реакций в виде гиперемии при внутрикожном введении разрешающей дозы водной вытяжки	0
1.4.2	Конъюнктивальный тест	количество положительных реакций в виде гиперемии при нанесении разрешающей дозы водной вытяжки на конъюнктиву	0
1.4.3	Реакция специфической агломерации лейкоцитов (РСАЛ)	показатель РСАЛ - отношение процентов агломерированных лейкоцитов с антигеном и без него в пробах крови животных подопытной группы к контрольной, кратность	от 1,0 до 1,5
1.4.4	Реакция специфического лизиса лейкоцитов (РСЛЛ)	показатель РСЛЛ - процентное отношение разницы абсолютного количества лейкоцитов в пробах крови без антигена и с антигеном к	не более 10

		абсолютному их количеству в пробах крови без антигена, %	
1.4.5	Лейкоцитарная формула, количество эозинофилов	количество эозинофилов на 100 клеток, шт.	не более 5
1.4.6	Реакция дегрануляции тучных клеток (РДТК)	показатель реакции РДТК, относительные единицы	не более 1,31 (отрицатель-ный)
1.5	Гемолитический тест	процент гемолиза, %	не более 2
1.6	Пирогенность	суммарное повышение ректальной температуры в группе из 3-х подопытных животных до и после введения водной вытяжки, °C	не более 1,4 (апирогенно)
1.7	Общетоксическое и кожно-раздражающее действие на культуре подвижных клеток in vitro <3>	процентное отношение суммарной двигательной активности тест-объекта (спермы крупного рогатого скота) в опытной и контрольной пробах (индекс токсичности), %	в пределах 70 - 120
	Показатели оценки безопасности материалов		
2.1	Показатели токсикологической оценки		
2.1.1	Показатели острой, подострой и субхронической токсичности при введении в желудок (для материалов, попадание которых в организм возможно per os) <1>	малая токсичность при введении в желудок по ГОСТ 12.1.007-76, DL_{50}, мг/кг	> 5000
		кумулятивное действие	отсутствие
2.1.2	Кожно-резорбтивное действие (для различных форм материалов - жидких, геле-, пастообразных и др.)	неопрятность животных (взъерошенность), снижение потребления корма, снижение двигательной активности	отсутствие
2.1.3	Прочие материалы и показатели	по разделу 1.2 настоящей таблицы, в зависимости от состава и назначения, другие показатели <4>	
2.2	Клинико-лабораторные показатели		
2.2.1	Компрессный или капельный методы	критерии кожно-раздражающего, сенсибилизирующего и кожно-резорбтивного действия материалов	отсутствие признаков воздействия

Примечания.

<1> Объем испытаний в конкретных случаях определяется исходя из состава материалов и назначения изделий.

<2> Массовый коэффициент - процентное отношение массы органа к массе тела.

<3> Допускается применение других альтернативных методов оценки материалов с использованием клеточных тест-объектов.

<4> Для некоторых материалов могут решаться вопросы отдаленных последствий применения, оценка которых должна производиться по утвержденным токсикологическим методикам.

Таблица 32

Микробиологические показатели безопасности материалов
и изделий медицинского назначения <1>

Микробиологические показатели	Допустимые значения
Общее количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных бактерий (МАФАнМ), КОЕ <2> в 1 г (см3) продукции	10^2 не более
Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибки, КОЕ <2> в 1 г (см3) продукции	Отсутствие
Бактерии семейства Enterobacteriaceae в 1 г (см3) продукции	Отсутствие
Патогенные стафилококки в 1 г (см3) продукции	Отсутствие
Pseudomonas-aeruginosa	Отсутствие

Примечания.

<1> Требования распространяются на нестерильные изделия.

<2> КОЕ - колониеобразующих единиц в 1 г или 1 см3 продукции.

Таблица 33

Временные допустимые уровни синусоидальных
электромагнитных полей диапазона частот свыше 1 Гц до 50 Гц
(для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, кВ/м	250/f <1>
Индукция магнитного поля, мкТл	5000/f <1>

Примечание.

<1> f - частота действующего электромагнитного поля.

Таблица 34

Временные допустимые уровни синусоидальных
электромагнитных полей диапазона частот свыше 50 Гц
до 10 кГц (для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Напряженность электрического поля, В/м	500
Напряженность магнитного поля, А/м	50

Таблица 35

Временные допустимые уровни индукции
импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов
свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц
(для условий производственных воздействий)

Контролируемый параметр	Временный допустимый уровень
Индукция импульсного магнитного поля с частотой следования импульсов свыше 1 Гц до 50 Гц и свыше 50 Гц до 100 Гц, мТл	1,75

Приложение 8
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

**ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ (ПДУ)
ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

N п/п	Наименование физического фактора	ПДУ	Нормативный документ
1	Напряженность постоянного магнитного поля	10 мТл	СанПиН 2.2.4.1191-03 "Электромагнитные поля в производственных условиях"
2	Напряженность электростатического поля	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 60 кВ/м в течение 1 ч или 20 кВ/м в течение рабочего дня	
3	Напряженность переменного магнитного поля 50 Гц	Устанавливается в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 100 мкТл при общем и 1000 мкТл при локальном воздействии в течение рабочего дня	
4	Напряженность переменного электрического поля 50 Гц	Устанавливается расчетом в зависимости от времени пребывания персонала на рабочих местах, но не более 25 кВ/м или 5 кВ/м в течение рабочего дня	
5	Электромагнитное излучение в диапазоне 10 - 30 кГц:	Устанавливается в зависимости от продолжительности воздействия, но не более:	

	напряженность электрического поля	500 В/м в течение рабочего дня	
	напряженность магнитного поля	50 А/м в течение рабочего дня	
6	Энергетическая экспозиция ЭМП в диапазоне от 30 кГц (0,03 МГц) до 300 МГц		
	Энергетическая экспозиция электрического поля при частоте		
	0,03 - 3 МГц	20000 (В/м) 2 ч	
	3 - 30 МГц	7000 (В/м) 2 ч	
	30 - 300 МГц	800 (В/м) 2 ч	
	Энергетическая экспозиция магнитного поля при частоте		
	0,03 - 3 МГц	200 (А/м) 2 ч	
	30 - 50 МГц	0,72 (А/м) 2 ч	
	Энергетическая экспозиция плотности потока энергии в диапазоне частот 300 МГц - 300 ГГц	200 (мкВт/см2) 2 ч	
7	Интенсивность инфракрасного (теплового) излучения	100 Вт/м2	СанПиН 2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений"
8	Интенсивность ультрафиолетового излучения	50,0 Вт/м2 (УФ-А) 0,05 Вт/м2 (УФ-В) не допускается (УФ-С)	СН 4557-88
9	Электромагнитные излучения видеодисплейных терминалов и персональных ЭВМ		СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 "Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы"
	Напряженность электрического поля на рабочем месте	25 В/м (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц) 2,5 В/м (в диапазоне частот 2 - 400 кГц)	
	Плотность магнитного потока на рабочем месте	250 нТл (в диапазоне частот 5 Гц - 2 кГц) 25 нТл (в диапазоне частот 2 - 400 кГц)	
	Напряженность электростатического поля	15 кВ/м	
	Фоновые значения электромагнитных полей частотой 50 Гц		ГН 2.1.8/2.2.4. 2262-07 Предельно допустимые уровни

			магнитных полей частотой 50 Гц в помещениях жилых, общественных зданий и на селитебных территориях
	Электрического поля	500 В/м	
	Магнитного поля	10 мкТл	

Приложение 9
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ ЗВУКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ В ПОМЕЩЕНИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Группы изделий медицинской техники	Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц								Уровни звука, L_A, и эквивалентные уровни звука, $L_{Аэкв}$, дБА
	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	
I	71	61	54	49	45	42	40	38	50
II	75	66	59	54	50	47	45	43	55
III	79	70	63	58	55	52	50	49	60

Примечания.
1. Указанные параметры звука следует определять по таблице в зависимости от контингентов, подвергающихся воздействию шума: I группа - пациенты, II группа - старший и средний медицинский персонал, III группа - младший медицинский и вспомогательно-технический персонал.
2. Для изделий медицинской техники, работающих в повторно-кратковременном режиме (не более 20 мин.), допускается превышение уровня звука на 5 дБА выше указанного в таблице.

Приложение 10
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

**ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ ЗВУКА
И ЭКВИВАЛЕНТНЫЕ УРОВНИ ЗВУКА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ ДЛЯ ТРУДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ ТЯЖЕСТИ И НАПРЯЖЕННОСТИ, ДБА**

Категории напряженности трудового процесса	Категории тяжести трудового процесса				
	легкая физическая нагрузка	средняя физическая нагрузка	тяжелый труд 1 степени	тяжелый труд 2 степени	тяжелый труд 3 степени
1	2	3	4	5	6
Напряженность легкой степени	80	80	75	75	75
Напряженность средней степени	70	70	65	65	65
Напряженный труд 1 степени	60	60	-	-	-
Напряженный труд 2 степени	50	50	-	-	-
Примечание. Категория тяжести и напряженности трудового процесса устанавливается по Руководству Р 2.2.2006-05 "Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда".					

Приложение 11
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

**ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМЫЕ УРОВНИ
ВОЗДУШНОГО УЛЬТРАЗВУКА НА РАБОЧИХ МЕСТАХ**

Среднегеометрические частоты октавных полос, кГц	Уровни звукового давления, дБ
12,5	80
16,0	90
20,0	100
25,0	105
31,5 - 100,0	110

Приложение 12
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

**ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.

В случае порезов и уколов немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м раствором йода.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1%-м раствором борной кислоты; при попадании на слизистую оболочку носа - обрабатывают 1%-м раствором протаргола; на слизистую оболочку рта - полоскать 70%-м раствором спирта или 0,05%-м раствором марганцевокислого калия или 1%-м раствором борной кислоты.

Слизистые оболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцевокислого калия в разведении 1:10000 (раствор готовится ex tempore).

С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначаются азидотимидин в течение 1 месяца. Сочетание азидотимидина (ретровир) и ламивудина (эливир) усиливает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. При высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией (глубокий порез, попадание видимой крови на поврежденную кожу и слизистые от пациентов, инфицированных ВИЧ) для назначения химиопрофилактики следует обращаться в территориальные Центры по борьбе и профилактике СПИД.

Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции.

Персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч.) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0 - 1 - 2 - 6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3 - 4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-HBs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител - целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины.

Приложение 13
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

ПЕРЕЧЕНЬ
РЕГИСТРИРУЕМЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИЙ

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
вирусные и бактериальные пневмонии	J12 - J15
стрептококковая септицемия	A40
другая септицемия, в том числе:	A41
сепсис	A41.8
газовая гангрена	A48.0
бактериальный менингит, менингоэнцефалит и	G00, G04.2

менингомиелит	
энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный	G04.9
флебит и тромбофлебит	I80
острый перитонит	K65.0
остеомиелит	M86
неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
инфекция, связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.6,7
инфекции, обусловленные протезным устройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5,6
инфекции, обусловленные эндопротезированием, внутренним фиксирующим устройством, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
инфекция ампутированной культи	T87.4
инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T85.7
инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.2
острый цистит	N30.0
уретральный абсцесс	N34.0
инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникшие во время пребывания в лечебной организации	обозначаются кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме

Приложение 14
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

ПОРЯДОК
УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ СТРУКТУРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ
АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Приемно-смотровое отделение	Родовое отделение				Отделение новорожденных	Обсервационное отделение
	предродовые палаты	родильный зал, боксированный родильный блок	вспомогательные помещения	послеродовое физиологическое отделение с раздельным и совместным пребыванием матери и ребенка		
1	2	3	4	5	6	7
Текущая уборка						
Влажная уборка 2 раза в день с использованием моющего средства, один раз в сутки уборка с использованием дезинфицирующего средства. После каждой уборки производится	1. При наличии одного родильного зала уборка с применением дезинфицирующего средства - 1 раз в сутки при отсутствии родов, производится	Влажная уборка с использованием дезинфицирующего средства не реже 1 раза в день	Ежедневно влажная уборка - 3 раза в день, из них - 2 раза с использованием моющего средства, третий раз - с применением дезинфицирующего средства			Ежедневно влажная уборка - 3 раза в день, из них - 2 раза с использованием моющего средства, третий раз - с применением дезинфицирующего средства

обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. Обработку помещений проводят в следующем порядке: сначала - комнату - фильтр, затем смотровую, душевую, санузел		обеззараживание воздуха. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. 2. При наличии двух и более родзалов (боксированных родблоков) уборку проводят в каждом из них после приема родов		После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут.		
Уборка по типу заключительной дезинфекции						
		При наличии одного родильного зала уборку проводят не реже одного раза в три дня. При наличии двух родзалов, в боксированном родблоке уборку	Один раз в неделю	После выписки родильницы и новорожденного или при переводе в обсервационное отделение с применением дезинфицирующего средства		Один раз в неделю (стены - на высоту 2 м) с применением дезинфицирующего средства

		проводят поочередно в каждом из них с применением дезинфицирующего средства. После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. Дату проведения дезинфекции фиксируют в журнале		После каждой уборки все объекты и поверхности в помещениях протирают салфеткой, смоченной водопроводной водой, воздух обеззараживают. После обеззараживания воздуха УФ-излучением помещение проветривают в течение 20 минут. После выписки родильницы проводят заключительную дезинфекцию

Приложение 15
к СанПиН 2.1.3.2630-10

Утверждены
Постановлением Главного
государственного санитарного
врача Российской Федерации
от 18 мая 2010 г. N 58

ПЕРЕЧЕНЬ
РЕГИСТРИРУЕМЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
у новорожденных:	
конъюнктивит и дакриоцистит	P39.1
Пиодермия	L08.0
другие местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L08.9
флебит пупочной вены и других локализаций	I80.8
местная инфекция кожи и подкожной клетчатки панариций, паронихий	L08.9
Омфалит	P38
Отит	H66.0
импетиго, пемфигус, везикулопустулез	L01
синдром стафилококкового поражения кожи (пузырчатка)	L00
мастит	P39.0
Энтероколит	A04.9
пневмония (бактериальная и вирусная)	G15; G12
абсцесс кожи, флегмона	L02
карбункул, фурункул	L03
менингит	G00
остеомиелит	M86.0,1,2,8
сепсис	P36
постинъекционные инфекции	T80.2
сальмонеллезы	A02
вирусные гепатиты B, C	B16; B17.1
другие инфекционные заболевания	P39
у родильниц:	
расхождение швов после кесарева сечения	O90.0
расхождение швов промежности	O90.1
другие послеродовые инфекции (эндометрит)	O86
перитонит	K65.0
сепсис послеродовый	O85
инфекция соска, инфекция молочной железы	O91.0; 091.1
постинъекционные инфекции	T80.2
пневмония бактериальная и вирусная	G15; G12
цистит, уретрит, пиелонефрит	N30.0; N34.0; N39.0
сальмонеллезы	A02
вирусные гепатиты B, C	B16; B17.1
Внутриутробные инфекции	I90

СанПиН 2.1.7.2790-10 Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами

Приложение

УТВЕРЖДЕНЫ

постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации

от « 09 » 12 2010 г. № _163_

Санитарно-эпидемиологические требования к обращению

с медицинскими отходами

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СанПиН 2.1.7.2790-10

I. Область применения и общие положения

1.1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Настоящие санитарные правила устанавливают обязательные санитарно-эпидемиологические требования к обращению (сбору, временному хранению, обеззараживанию, обезвреживанию, транспортированию) с отходами, образующимися в организациях при осуществлении медицинской и/или фармацевтической деятельности, выполнении лечебно-диагностических и оздоровительных процедур (далее – медицинские отходы), а также к размещению, оборудованию и эксплуатации участка по обращению с медицинскими отходами, санитарно-противоэпидемическому режиму работы при обращении с медицинскими отходами.

1.3. Настоящие санитарные правила предназначены для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, деятельность которых связана с обращением с медицинскими отходами.

1.4. Контроль (надзор) за соблюдением настоящих санитарных правил проводится органами, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

II. Классификация медицинских отходов

2.1. Медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности (таблица 1):

Класс А – эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (далее – ТБО).

Класс Б – эпидемиологически опасные отходы.

Класс В – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы.

Класс Г – токсикологически опасные отходы 1-4 классов опасности.

Класс Д – радиоактивные отходы.

Таблица 1

Класс опасности Характеристика морфологического состава
Класс А (эпидемиологически безопасные отходы, по составу приближенные к ТБО) Отходы, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов, инфекционными больными. Канцелярские принадлежности, упаковка, мебель, инвентарь, потерявшие потребительские свойства. Смет от уборки территории и так далее. Пищевые отходы центральных пищеблоков, а также всех подразделений организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевти-ческую деятельность, кроме инфекционных, в том числе фтизиатрических.
Класс Б (эпидемиологически опасные отходы) Инфицированные и потенциально инфицированные отходы. Материалы и инструменты, предметы загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями. Патологоанатомические отходы. Органические операционные отходы (органы, ткани и так далее).

Пищевые отходы из инфекционных отделений.

Отходы из микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических, иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 3-4 групп патогенности. Биологические отходы вивариев.

Живые вакцины, непригодные к использованию.

Класс В

(чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы)
Материалы, контактировавшие с больными инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории.

Отходы лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических производств, работающих с микроорганизмами 1-2 групп патогенности.

Отходы лечебно-диагностических подразделений фтизиатрических стационаров (диспансеров), загрязненные мокротой пациентов, отходы микробиологических лабораторий, осуществляющих работы с возбудителями туберкулеза.

Класс Г

(токсикологически опасные отходы

1-4 классов опасности)
Лекарственные (в том числе цитостатики), диагностические, дезинфицирующие средства, не подлежащие использованию.

Ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование. Отходы сырья и продукции фармацевтических производств.

Отходы от эксплуатации оборудования, транспорта, систем освещения и другие.

Класс Д

Радиоактивные отходы

Все виды отходов, в любом агрегатном состоянии, в которых содержание радионуклидов превышает допустимые уровни, установленные нормами радиационной безопасности.

2.2. После аппаратных способов обеззараживания с применением физических методов и изменения внешнего вида отходов, исключающего возможность их повторного применения, отходы классов Б и В могут накапливаться, временно храниться, транспортироваться, уничтожаться и захораниваться совместно с отходами класса А.

Упаковка обеззараженных медицинских отходов классов Б и В должна иметь маркировку, свидетельствующую о проведенном обеззараживании отходов.

III. Требования к организации системы обращения

с медицинскими отходами

3.1. Система сбора, временного хранения и транспортирования медицинских отходов должна включать следующие этапы:

- сбор отходов внутри организаций, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность;

перемещение отходов из подразделений и временное хранение отходов на территории организации, образующей отходы;

обеззараживание/обезвреживание;

транспортирование отходов с территории организации, образующей отходы;

захоронение или уничтожение медицинских отходов.

3.2. Руководителем организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, утверждается инструкция, в которой определены ответственные сотрудники и процедура обращения с медицинскими отходами в данной организации.

3.3. Смешение отходов различных классов в общей емкости недопустимо.

3.4. Процессы перемещения отходов от мест образования к местам временного хранения и/или обеззараживания, выгрузки и загрузки многоразовых контейнеров должны быть механизированы (тележки, лифты, подъемники, автокары и так далее).

3.5. К работам по обращению с медицинскими отходами не допускается привлечение лиц, не прошедших предварительный инструктаж по безопасному обращению с медицинскими отходами.

3.6. Сбор, временное хранение и вывоз отходов следует выполнять в соответствии со схемой обращения с медицинскими отходами, принятой в данной организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность.

Данная схема разрабатывается в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил и утверждается руководителем организации.

3.7. В схеме обращения с медицинскими отходами указываются:

качественный и количественный состав образующихся медицинских отходов;

нормативы образования медицинских отходов, разработанные и принятые в регионе;

потребность в расходных материалах и таре для сбора медицинских отходов, исходя из обязательности смены пакетов 1 раз в смену (не реже 1 раза в 8 часов), одноразовых контейнеров для острого инструментария – не реже 72 часов, в операционных залах – после каждой операции;

порядок сбора медицинских отходов;

порядок и места временного хранения (накопления) медицинских отходов, кратность их вывоза;

применяемые способы обеззараживания/обезвреживания и удаления медицинских отходов;

порядок действий персонала при нарушении целостности упаковки (рассыпании, разливании медицинских отходов);

организация гигиенического обучения персонала правилам эпидемиологической безопасности при обращении с медицинскими отходами.

3.8. Транспортирование отходов с территории организаций, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, производится транспортом специализированных организаций к месту последующего обезвреживания, размещения медицинских отходов с учетом единой централизованной системы санитарной очистки данной административной территории.

IV. Требования к сбору медицинских отходов

4.1. К работе с медицинскими отходами не допускаются лица моложе 18 лет. Персонал проходит предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

4.2. Персонал должен быть привит в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок. Персонал, не иммунизированный против гепатита В, не допускается к работам по обращению с медицинскими отходами классов Б и В.

4.3. При приеме на работу и затем ежегодно персонал проходит обязательный инструктаж по правилам безопасного обращения с отходами.

4.4. Персонал должен работать в спецодежде и сменной обуви, в которых не допускается выходить за пределы рабочего помещения. Личную одежду и спецодежду необходимо хранить в разных шкафах.

4.5. Персонал обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты/комбинезоны, перчатки, маски/респираторы/защитные щитки, специальная обувь, фартуки, нарукавники и другое).

Стирка спецодежды осуществляется централизованно. Запрещается стирка спецодежды на дому.

4.6. Сбор отходов класса А осуществляется в многоразовые емкости или одноразовые пакеты. Цвет пакетов может быть любой, за исключением желтого и красного. Одноразовые пакеты располагаются на специальных тележках или внутри многоразовых контейнеров. Емкости для сбора отходов и тележки должны быть промаркированы «Отходы. Класс А». Заполненные многоразовые емкости или одноразовые пакеты доставляются с использованием средств малой механизации и перегружаются в маркированные контейнеры, предназначенные для сбора отходов данного класса, установленные на специальной площадке (помещении). Многоразовая тара после опорожнения подлежит мытью и дезинфекции. Порядок мытья и дезинфекции многоразовой тары определяется в соответствии со схемой обращения отходов в каждой конкретной организации. Транспортирование отходов класса А организуется с учетом схемы санитарной очистки, принятой для данной территории, в соответствии с требованиями санитарного законодательства к содержанию территорий населенных мест и обращению с отходами производства и потребления.

4.7. Для организаций, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, имеющих выпуск хозяйственно-бытовых сточных вод в общегородскую систему канализации, предпочтительной системой удаления отходов пищевого сырья и готовой пищи от пищеблоков и буфетов, относящихся к медицинским отходам класса А, является сброс пищевых отходов в систему городской канализации путем оснащения внутренней канализации измельчителями пищевых отходов (диспоузерами).

При невозможности сброса пищевых отходов в канализацию, сбор пищевых отходов осуществляется раздельно от других отходов класса А в многоразовые емкости или одноразовые пакеты, установленные в помещениях пищеблоков, столовых и буфетных. Дальнейшее транспортирование пищевых отходов производится в соответствии со схемой обращения отходов в каждой конкретной организации. Пищевые отходы, предназначенные к вывозу для захоронения на полигонах твердых бытовых отходов, должны помещаться для временного хранения в многоразовые контейнеры в одноразовой упаковке.

Временное хранение пищевых отходов при отсутствии специально выделенного холодильного оборудования допускается не более 24 часов.

Пищевые отходы (кроме отходов палатных отделений инфекционного, в том числе кожно-венерологического и туберкулезного профиля, специальных санаториев по оздоровлению переболевших инфекционными заболеваниями) допускается использовать в сельском хозяйстве в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

4.8. Отходы класса А, кроме пищевых, могут удаляться из структурных подразделений с помощью мусоропровода или пневмотранспорта. Не допускается сброс в мусоропровод

предметов, которые могут привести к механическому перекрытию (засору) ствола мусоропровода. Сброс отходов в мусоропровод должен осуществляться в упакованном виде.

Конструкция, материалы и устройство мусоропроводов и пневмотранспорта должны обеспечивать возможность проведения их чистки, мойки, дезинфекции и механизированного удаления отходов из мусоросборных камер. Мусоросборные камеры оборудуются контейнерами, подводкой воды и канализационным трапом. Запрещается сброс отходов из мусоропровода (пневмотранспорта) непосредственно на пол мусороприемной камеры. Должен быть обеспечен запас контейнеров для мусороприемной камеры не менее чем на одни сутки.

Контейнеры моются после каждого опорожнения, дезинфицируются не реже 1 раза в неделю.

Чистка стволов трубопроводов, приемных устройств, мусоросборных камер проводится еженедельно. Профилактическая дезинфекция, дезинсекция проводится не реже 1 раза в месяц, дератизация –по мере необходимости.

4.9. Крупногабаритные отходы класса А собираются в специальные бункеры для крупногабаритных отходов. Поверхности и агрегаты крупногабаритных отходов, имевшие контакт с инфицированным материалом или больными, подвергаются обязательной дезинфекции перед их помещением в накопительный бункер.

4.10. Отходы класса Б подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции)/обезвреживанию. Выбор метода обеззараживания/ обезвреживания определяется возможностями организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, и выполняется при разработке схемы обращения с медицинскими отходами.

В случае отсутствия в организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, участка по обеззараживанию/обезвреживанию отходов класса Б или централизованной системы обезвреживания медицинских отходов принятой на административной территории, отходы класса Б обеззараживаются персоналом данной организации в местах их образования химическими/физическими методами.

4.11. Отходы класса Б собираются в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокалываемую) упаковку (контейнеры) желтого цвета или имеющие желтую маркировку. Выбор упаковки зависит от морфологического состава отходов.

Для сбора острых отходов класса Б должны использоваться одноразовые непрокалываемые влагостойкие емкости (контейнеры). Емкость должна иметь плотно прилегающую крышку, исключающую возможность самопроизвольного вскрытия.

Для сбора органических, жидких отходов класса Б должны использоваться одноразовые непрокалываемые влагостойкие емкости с крышкой (контейнеры), обеспечивающей их герметизацию и исключающей возможность самопроизвольного вскрытия.

В случае применения аппаратных методов обеззараживания в организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, на рабочих местах допускается сбор отходов класса Б в общие емкости (контейнеры, пакеты) использованных шприцев в неразобранном виде с предварительным отделением игл (для

отделения игл необходимо использовать иглосъемники, иглодеструкторы, иглоотсекатели), перчаток, перевязочного материала и так далее.

4.12. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) для сбора отходов класса Б должна быть закреплена на специальных стойках-тележках или контейнерах.

4.13. После заполнения пакета не более чем на 3/4, сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении завязывает пакет или закрывает его с использованием бирок-стяжек или других приспособлений, исключающих высыпание отходов класса Б. Твердые (непрокалываемые) емкости закрываются крышками. Перемещение отходов класса Б за пределами подразделения в открытых емкостях не допускается.

4.14. При окончательной упаковке отходов класса Б для удаления их из подразделения (организации) одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса Б маркируются надписью «Отходы. Класс Б» с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица.

4.15. Дезинфекция многоразовых емкостей для сбора отходов класса Б внутри организации производится ежедневно.

4.16. Медицинские отходы класса Б из подразделений в закрытых одноразовых емкостях (пакетах) помещают в контейнеры и затем в них перемещают на участок по обращению с отходами или помещение для временного хранения медицинских отходов, до последующего вывоза транспортом специализированных организаций к месту обеззараживания/обезвреживания. Доступ посторонних лиц в помещения временного хранения медицинских отходов запрещается.

Контейнеры должны быть изготовлены из материалов, устойчивых к механическому воздействию, воздействию высоких и низких температур, моющих и дезинфицирующих средств, закрываться крышками, конструкция которых не должна допускать их самопроизвольного открывания.

4.17. При организации участков обеззараживания/обезвреживания медицинских отходов с использованием аппаратных методов разрешается сбор, временное хранение, транспортирование медицинских отходов класса Б без предварительного обеззараживания в местах образования, при условии обеспечения необходимых требований эпидемиологической безопасности.

При этом организация, осуществляющая медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, должна быть обеспечена всеми необходимыми расходными средствами, в том числе одноразовой упаковочной тарой.

4.18. Патологоанатомические и органические операционные отходы класса Б (органы, ткани и так далее) подлежат кремации (сжиганию) или захоронению на кладбищах в специальных могилах на специально отведенном участке кладбища в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. Обеззараживание таких отходов не требуется.

4.19. Допускается перемещение необеззараженных медицинских отходов класса Б, упакованных в специальные одноразовые емкости (контейнеры), из удаленных структурных подразделений (здравпункты, кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты) и

других мест оказания медицинской помощи в медицинскую организацию для обеспечения их последующего обеззараживания/обезвреживания.

4.20. Работа по обращению с медицинскими отходами класса В организуется в соответствии с требованиями к работе с возбудителями 1-2 групп патогенности, к санитарной охране территории и профилактике туберкулеза.

4.21. Отходы класса В подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции) физическими методами (термические, микроволновые, радиационные и другие). Применение химических методов дезинфекции допускается только для обеззараживания пищевых отходов и выделений больных, а также при организации первичных противоэпидемических мероприятий в очагах. Выбор метода обеззараживания (дезинфекции) осуществляется при разработке схемы сбора и удаления отходов. Вывоз необеззараженных отходов класса В за пределы территории организации не допускается.

4.22. Отходы класса В собирают в одноразовую мягкую (пакеты) или твердую (непрокалываемую) упаковку (контейнеры) красного цвета или имеющую красную маркировку. Выбор упаковки зависит от морфологического состава отходов. Жидкие биологические отходы, использованные одноразовые колющие (режущие) инструменты и другие изделия медицинского назначения помещают в твердую (непрокалываемую) влагостойкую герметичную упаковку (контейнеры).

4.23. Мягкая упаковка (одноразовые пакеты) для сбора отходов класса В должна быть закреплена на специальных стойках (тележках) или контейнерах.

4.24. После заполнения пакета не более чем на 3/4, сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении, с соблюдением требований биологической безопасности завязывает пакет или закрывает с использованием бирок-стяжек или других приспособлений, исключающих высыпание отходов класса В. Твердые (непрокалываемые) емкости закрываются крышками. Перемещение отходов класса В за пределами подразделения в открытых емкостях не допускается.

4.25. При окончательной упаковке отходов класса В для удаления их из подразделения одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса В маркируются надписью «Отходы. Класс В» с нанесением названия организации, подразделения, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица.

4.26. Медицинские отходы класса В в закрытых одноразовых емкостях помещают в специальные контейнеры и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов.

4.27. Использованные ртутьсодержащие приборы, лампы (люминесцентные и другие), оборудование, относящиеся к медицинским отходам класса Г, собираются в маркированные емкости с плотно прилегающими крышками любого цвета (кроме желтого и красного), которые хранятся в специально выделенных помещениях.

4.28. Сбор, временное хранение отходов цитостатиков и генотоксических препаратов и всех видов отходов, образующихся в результате приготовления их растворов (флаконы, ампулы и другие), относящихся к медицинским отходам класса Г, без дезактивации запрещается. Отходы подлежат немедленной дезактивации на месте образования с применением специальных средств. Также необходимо провести дезактивацию рабочего

места. Работы с такими отходами должны производиться с применением специальных средств индивидуальной защиты и осуществляться в вытяжном шкафу.

Лекарственные, диагностические, дезинфицирующие средства, не подлежащие использованию, собираются в одноразовую маркированную упаковку любого цвета (кроме желтого и красного).

4.29. Сбор и временное хранение отходов класса Г осуществляется в маркированные емкости («Отходы. Класс Г») в соответствии с требованиями нормативных документов в зависимости от класса опасности отходов. Вывоз отходов класса Г для обезвреживания или утилизации осуществляется специализированными организациями, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

4.30. Сбор, хранение, удаление отходов класса Д осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к обращению с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений, нормами радиационной безопасности.

4.31. Вывоз и обезвреживание отходов класса Д осуществляется специализированными организациями по обращению с радиоактивными отходами, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

4.32. Дезинфекция оборотных (меж)корпусных контейнеров для сбора отходов классов А, Б, кузовов автомашин производится в местах разгрузки не менее одного раза в неделю специализированной организацией, вывозящей отходы.

4.33. При сборе медицинских отходов запрещается:

- вручную разрушать, разрезать отходы классов Б и В, в том числе использованные системы для внутривенных инфузий, в целях их обеззараживания;

- снимать вручную иглу со шприца после его использования, надевать колпачок на иглу после инъекции;

- пересыпать (перегружать) неупакованные отходы классов Б и В из одной емкости в другую;

- утрамбовывать отходы классов Б и В;

- осуществлять любые операции с отходами без перчаток или необходимых средств индивидуальной защиты и спецодежды;

- использовать мягкую одноразовую упаковку для сбора острого медицинского инструментария и иных острых предметов;

- устанавливать одноразовые и многоразовые емкости для сбора отходов на расстоянии менее 1 м от нагревательных приборов.

4.34. В случае получения работником при обращении с медицинскими отходами травмы, потенциально опасной в плане инфицирования (укол, порез с нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых), необходимо принять меры экстренной профилактики.

На рабочем месте персонала должна быть аптечка первой медицинской помощи при травмах.

4.35. Ответственным лицом вносится запись в журнал учета аварийных ситуаций, составляется акт о несчастном случае на производстве установленной формы с указанием даты, времени, места, характера травмы, в котором подробно описывают ситуацию, использование средств индивидуальной защиты, соблюдение правил техники безопасности, указывают лиц, находившихся на месте травмы, а также примененный метод экстренной профилактики.

4.36. Извещение, учет и расследование случаев инфицирования персонала возбудителями инфекционных заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью, проводятся в соответствии с установленными требованиями.

V. Способы и методы обеззараживания и/или обезвреживания медицинских отходов классов Б и В

5.1. Выбор методов безопасного обеззараживания и/или обезвреживания отходов классов Б зависит от мощности и профиля медицинской организации, наличия установок по обеззараживанию/ обезвреживанию отходов, способа обезвреживания/уничтожения отходов, принятого на административной территории (сжигание, вывоз на полигоны, утилизация).

5.2. Обеззараживание/обезвреживание отходов классов Б может осуществляться централизованным или децентрализованным способами.

При децентрализованном способе участок по обращению с отходами располагается в пределах территории организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность.

При централизованном способе участок по обращению с медицинскими отходами располагается за пределами территории организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, при этом организуется транспортирование отходов.

5.3. Отходы класса В обеззараживаются только децентрализованным способом, хранение и транспортирование необеззараженных отходов класса В не допускается.

5.4. Физический метод обеззараживания отходов классов Б и В, включающий воздействие водяным насыщенным паром под избыточным давлением, температурой, радиационным, электромагнитным излучением, применяется при наличии специального оборудования - установок для обеззараживания медицинских отходов.

5.5. Химический метод обеззараживания отходов классов Б и В, включающий воздействие растворами дезинфицирующих средств, обладающих бактерицидным (включая

туберкулоцидное), вирулицидным, фунгицидным, (спороцидным – по мере необходимости) действием в соответствующих режимах, применяется с помощью специальных установок или способом погружения отходов в промаркированные емкости с дезинфицирующим раствором в местах их образования.

5.6. Химическое обеззараживание отходов класса Б на месте их образования используется как обязательная временная мера при отсутствии участка обращения с медицинскими отходами в организациях, осуществляющих медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, или при отсутствии централизованной системы обезвреживания медицинских отходов на данной административной территории.

5.7. Жидкие отходы класса Б (рвотные массы, моча, фекалии) и аналогичные биологические жидкости больных туберкулезом допускается сливать без предварительного обеззараживания в систему централизованной канализации. При отсутствии централизованной канализации обеззараживание данной категории отходов проводят химическим или физическим методами.

5.8. При любом методе обеззараживания медицинских отходов классов Б и В используют зарегистрированные в Российской Федерации дезинфекционные средства и оборудование в соответствии с инструкциями по их применению.

5.9. Термическое уничтожение медицинских отходов классов Б и В может осуществляется децентрализованным способом (инсинераторы или другие установки термического обезвреживания, предназначенные к применению в этих целях). Термическое уничтожение обеззараженных медицинских отходов классов Б и В может осуществляется централизованным способом (мусоросжигательный завод). Термическое уничтожение необеззараженных отходов класса Б может осуществляться централизованным способом, в том числе как отдельный участок мусоросжигательного завода.

5.10. При децентрализованном способе обезвреживания медицинских отходов классов Б и В специальные установки размещаются на территории организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, в соответствии с требованиями санитарного законодательства Российской Федерации.

5.11. Применение технологий утилизации, в том числе с сортировкой отходов, возможно только после предварительного аппаратного обеззараживания отходов класса Б и В физическими методами. Не допускается использование вторичного сырья, полученного из медицинских отходов, для изготовления товаров детского ассортимента, материалов и изделий, контактирующих с питьевой водой и пищевыми продуктами, изделиями медицинского назначения.

5.12. Захоронение обезвреженных отходов класса Б и В на полигоне допускается только при изменении их товарного вида (измельчение, спекание, прессование и так далее) и невозможности их повторного применения.

5.13. Обеззараживание и уничтожение вакцин осуществляют в соответствии с требованиями санитарного законодательства Российской Федерации к обеспечению безопасности иммунизации.

VI. Требования к условиям временного хранения (накопления) медицинских отходов

6.1. Сбор отходов в местах их образования осуществляется в течение рабочей смены. При использовании одноразовых контейнеров для острого инструментария допускается их заполнение в течение 3-х суток.

6.2. Хранение (накопление) более 24 часов пищевых отходов, необеззараженных отходов класса Б осуществляется в холодильных или морозильных камерах.

6.3. Одноразовые пакеты, используемые для сбора отходов классов Б и В должны обеспечивать возможность безопасного сбора в них не более 10 кг отходов.

6.4. Накопление и временное хранение необеззараженных отходов классов Б и В осуществляется раздельно от отходов других классов в специальных помещениях, исключающих доступ посторонних лиц. В небольших медицинских организациях (здравпункты, кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты и так далее) допускается временное хранение и накопление отходов классов Б и В в емкостях, размещенных в подсобных помещениях (при хранении более 24-х часов используется холодильное оборудование). Применение холодильного оборудования, предназначенного для накопления отходов, для других целей не допускается.

6.5. Контейнеры с отходами класса А хранятся на специальной площадке. Контейнерная площадка должна располагаться на территории хозяйственной зоны не менее чем в 25 м от лечебных корпусов и пищеблока, иметь твердое покрытие. Размер контейнерной площадки должен превышать площадь основания контейнеров на 1,5 метра во все стороны. Площадка должна быть ограждена.

VII. Требования к организации транспортирования

медицинских отходов

7.1. Транспортирование отходов класса А организуется с учетом схемы санитарной очистки, принятой для данной территории, в соответствии с требованиями санитарного законодательства к содержанию территорий населенных мест и обращению с отходами производства и потребления.

7.2. При транспортировании отходов класса А разрешается применение транспорта, используемого для перевозки твердых бытовых отходов.

7.3. Многоразовые контейнеры для транспортировки отходов класса А подлежат мытью и дезинфекции не реже 1 раза в неделю, для отходов класса Б – после каждого опорожнения.

7.4. Организация, осуществляющая транспортирование отходов, должна иметь участок для мытья, дезинфекции и дезинсекции контейнеров и транспортных средств.

7.5. Для перевозки необеззараженных отходов класса Б используются специализированные транспортные средства, использование их для других целей не допускается.

7.6. Транспортирование, обезвреживание и захоронение отходов класса Г осуществляется в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к порядку накопления, транспортирования, обезвреживания и захоронения токсичных промышленных отходов.

7.7. Транспортирование отходов класса Д осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к обращению с радиоактивными веществами.

7.8. Санитарно-эпидемиологические требования к транспортным средствам, предназначенным для перевозки необеззараженных отходов класса Б:

- кабина водителя должна быть отделена от кузова автомобиля;

- кузов автомобиля должен быть выполнен из материалов, устойчивых к обработке моющими и дезинфекционными средствами, механическому воздействию, иметь гладкую внутреннюю поверхность и маркировку «Медицинские отходы» с внешней стороны;

- при продолжительности более 4-х часов транспортировки отходов, хранившихся в морозильных камерах, предусматривается охлаждаемый транспорт;

- в кузове должны быть предусмотрены приспособления для фиксации контейнеров, их погрузки и выгрузки;

- транспортное средство должно быть обеспечено комплектом средств для проведения экстренной дезинфекции в случае рассыпания, разливания медицинских отходов (пакеты, перчатки, вода, дезинфицирующие средства, ветошь и другое);

- транспорт, занятый перевозкой отходов, не реже 1 раза в неделю подлежит мытью и дезинфекции. Обеззараживание проводится способом орошения из гидропульта, распылителей или способом протирания растворами дезинфицирующих средств с использованием ветоши, щеток. При этом необходимо соблюдать меры предосторожности, предусмотренные инструкцией/методическими указаниями по применению конкретного дезинфицирующего средства (защитная одежда, респираторы, защитные очки, резиновые перчатки);

- транспортное средство оснащается средствами мобильной связи.

7.9. Персонал, занятый транспортированием медицинских отходов, должен проходить предварительные (при приёме на работу) и периодические медицинские осмотры, а также подлежит профилактической иммунизации в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации. К работам по обращению с медицинскими отходами классов Б и В не допускаются лица моложе 18 лет и не иммунизированные против гепатита В.

7.10. Персонал, занятый транспортированием медицинских отходов, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски/респираторы/защитные щитки, специальная обувь, фартуки).

VIII. Учет и контроль за движением медицинских отходов

8.1. Учет и контроль движения отходов классов А, Г, Д осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

8.2. Для учета медицинских отходов классов Б и В служат следующие документы:

- технологический журнал учета отходов классов Б и В в структурном подразделении; в журнале указывается количество единиц упаковки каждого вида отходов;

- технологический журнал учета медицинских отходов организации. В журнале указывается количество вывозимых единиц упаковки и/или вес отходов, а также сведения об их вывозе с указанием организации, производящей вывоз;

- документы, подтверждающие вывоз и обезвреживание отходов, выданные специализированными организациями, осуществляющими транспортирование и обезвреживание отходов;

- технологический журнал участка по обращению с отходами, который является основным учетным и отчетным документом данного участка.

IX. Производственный контроль

9.1. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность в области обращения с отходами, организуют и осуществляют производственный контроль за соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области обращения с отходами.

9.2. Производственный контроль за сбором, временным хранением, обезвреживанием медицинских отходов включает в себя:

9.2.1. Визуальную и документальную проверку (не реже 1 раза в месяц):

- количества расходных материалов (запас пакетов, контейнеров и другое), средств малой механизации, дезинфицирующих средств;

- обеспеченности персонала средствами индивидуальной защиты, организации централизованной стирки спецодежды и регулярной ее смены;

- санитарного состояния и режима дезинфекции помещений временного хранения и/или участков по обращению с медицинскими отходами, мусоропроводов, контейнерных площадок;

- соблюдения режимов обеззараживания/обезвреживания

- регулярности вывоза отходов.

9.2.2. Лабораторно-инструментальную проверку:

- микробиологический контроль эффективности обеззараживания/обезвреживания отходов на установках по утвержденным методикам (не реже 1 раза в год);

- контроль параметров микроклимата (не реже 1 раза в год);

- контроль воздуха рабочей зоны на участках обеззараживания/обезвреживания отходов на содержание летучих токсичных веществ (проводится в соответствии с технологическим регламентом оборудования).

X. Требования к организации участка по обращению

с медицинскими отходами классов Б и В

10.1. Участок по обращению с отходами классов Б и В является структурным подразделением организации, осуществляющей медицинскую и/или фармацевтическую деятельность, или самостоятельной специализированной организацией (далее – участок). Участок располагается в специально оборудованных помещениях медицинской организации или на самостоятельной территории и осуществляет сбор, накопление, аппаратное обеззараживание/обезвреживание, утилизацию отходов классов Б и В. Размещение участка в составе медицинских подразделений не допускается (кроме помещений для обеззараживания в лабораториях, осуществляющих работы с возбудителями 1-4 групп патогенности). Состав и минимальные площади помещений участка представлены в приложении 1 к настоящим санитарным правилам.

10.2. Общие требования к участку.

Участок может располагаться как в отдельно стоящем здании в хозяйственной зоне с подъездными путями, так и в составе корпуса, в том числе в подвальных помещениях с автономной вытяжной вентиляцией (за исключением установок для уничтожения отходов методом сжигания, пиролиза). Расстояние от жилых и общественных зданий до участка,

оборудованного установкой для уничтожения отходов методом сжигания, пиролиза определяется в соответствии с требованиями законодательства.

Участок должен быть обеспечен канализацией, водопроводом, электричеством, отоплением и автономной вентиляцией. Объемно-планировочные и конструктивные решения помещений участка должны обеспечивать поточность технологического процесса и возможность соблюдения принципа разделения на «чистую» и «грязную» зоны.

На территории участка осуществляется прием, обработка (обезвреживание или обеззараживание), временное хранение (накопление) отходов, мойка и дезинфекция стоек-тележек, контейнеров и другого оборудования, применяемого для перемещения отходов.

10.3. Требования к помещениям участка.

Помещения участка предусматривают условное разделение на зоны:

- «грязную», к которой относятся помещение приема и временного хранение поступающих медицинских отходов, помещение обработки отходов, оборудованное установками по обеззараживанию/обезвреживанию отходов классов Б и В, помещение мойки и дезинфекции. При небольших объемах возможно временное хранение поступающих отходов и их обеззараживание в одном помещении. При хранении отходов классов Б и В более 24-х часов предусматривается холодильное оборудование.

- «чистую», к которой относятся помещения хранения обеззараженных/обезвреженных отходов, вымытых и обеззараженных средств перемещения отходов (возможно совместное временное хранение в одном помещении), склад расходных материалов, комната персонала, санузел, душевая.

Высота помещений принимается в соответствии с габаритами устанавливаемого оборудования, но не менее 2,6 м.

10.4. Поверхность стен, пола и потолков должна быть гладкой, устойчивой к воздействию влаги, моющих и дезинфицирующих средств. Полы покрываются влагостойким материалом, не скользящим и устойчивым к механическому воздействию.

Наружная и внутренняя поверхность мебели и оборудования должна быть гладкой, выполненной из материалов, устойчивых к воздействию влаги, моющих и дезинфицирующих средств.

10.5. Требования к освещению.

Во всех помещениях предусматривается совмещенное или искусственное освещение в соответствии с гигиеническими требованиями к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий. В производственных помещениях уровень искусственной освещенности должен быть не менее 200 лк.

Светильники должны иметь закрытые рассеиватели. Очистка светильников должна производиться не реже 2 раз в год.

10.6. Требования к организации воздухообмена.

Воздухообмен помещений участка должен обеспечивать поддержание допустимых параметров микроклимата, соблюдение гигиенических нормативов содержания загрязняющих веществ в воздухе рабочей зоны и соответствовать требованиям, представленным в приложении 2 к настоящим санитарным правилам.

Устройство вентиляции должно исключать перетекание воздушных масс из «грязных» зон (помещений) в «чистые».

В помещениях участка предусматривается автономная приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением. Схема воздухообмена определяется технологическим заданием. Кратность воздухообмена по вытяжке и необходимость установки местных отсосов определяется по расчету в зависимости от вида, количества и мощности технологического оборудования.

Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока предусматривается из помещений «грязной» зоны.

10.7. Требования к микроклимату помещений.

Температура воздуха в производственных помещениях должна быть в пределах 18-25°С, относительная влажность не выше 75%.

10.8. Требования к водоснабжению и канализации.

Основные производственные помещения (для приема и временного хранения отходов, обеззараживания, мойки и дезинфекции инвентаря и оборудования) должны оснащаться поливочным краном, трапами в полу (поддонами). В помещении обеззараживания/обезвреживания отходов предусматривается раковина для мытья рук.

10.9. Требования к оснащению участка.

Расстановка оборудования должна производиться с учетом обеспечения свободного доступа ко всему оборудованию. Расстояние от стен до оборудования должно составлять - не менее 0,6 м, а со стороны зоны обслуживания - не менее 1,0 м. Минимальные размеры проходов должны быть не менее 0,6 м.

Помещения приема и временного хранения отходов оснащаются весами.

Помещения временного хранения и обеззараживания/ обезвреживания отходов оснащаются бактерицидными облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха.

10.10. Гигиенические требования к содержанию помещений, оборудования и инвентаря.

Все помещения, оборудование, инвентарь должны содержаться в чистоте. Текущую уборку проводят влажным способом, не реже одного раза в день с применением моющих и дезинфицирующих средств. Генеральную уборку проводят не реже 1 раза в месяц. Обработке подлежат стены, мебель, технологическое оборудование, пол. Ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, протирают оборудование, удаляют видимые загрязнения со стен, затем моют пол.

Уборочный инвентарь, раздельный для «чистой» и «грязной» зоны, должен иметь четкую маркировку с указанием видов уборочных работ, использоваться строго по назначению и храниться раздельно в кладовых или шкафчиках основных производственных помещений.

Приложение 1

к СанПиН 2.1.7.2790-10

Состав и минимальная площадь помещений участка обращения с отходами классов Б и В*

№ п/п
Наименование помещений
Минимальная площадь, кв.м

1.
Прием и временное хранение (накопление) необеззараженных отходов
6

2.
Рабочее помещение для обеззараживания отходов
в зависимости от габаритов оборудования, но не менее 12

3.
Временное хранение обработанных отходов (помещение предусматривается при отсутствии условий для хранения на территории)
в зависимости от мощности участка, но не менее 6

4.
Мойка и дезинфекция контейнеров, стоек, тележек
4

5.
Помещение временного хранения контейнеров стоек, тележек
8

6.
Склад расходных материалов
4

7.
Санитарно-бытовые помещения (гардеробная, душевая, санузел, хранение уборочного инвентаря)
6

8.
Комната персонала с рабочим местом

8

Примечания:

* для вновь строящихся и реконструируемых зданий

**При объеме обрабатываемых отходов до 200 л в сутки допускается наличие минимального набора помещений в составе двух зон в соответствии с п.10.3.1.

Приложение 2

к СанПиН 2.1.7.2790-10

Расчетные температуры, кратности воздухообмена в помещениях участка обращения с медицинскими отходами классов Б и В

№ п/п
Наименование

помещений
Внутренняя

температура 0С
Кратность воздухообмена
Кратность вытяжки при естественном воздухообмене

приток
вытяжка

1
2
3
4
5
6

1.
Прием и временное хранение (накопление) необеззараженных отходов приема

необеззараженных

отходов
16
-

1,5
2

2.
Рабочее помещение для обеззараживания отходов
18-20
по расчету на удаление тепло- и влаго-избытков*
по расчету

тепло- и влаго-избытков*
не допускается

3.
Временное хранение обработанных отходов
16
-

2
не допускается

4
Мойка и дезинфекция контейнеров, стоек, тележек
18
3

4
не допускается

5.
Помещение временного хранения контейнеров стоек, тележек
18
-

1
1

6.
Склад расходных материалов
16
1

1
1

7.

Санитарно-бытовые помещения (гардеробная душевая, санузел, хранение уборочного инвентаря)
23
приток из коридора

75м3/ч на 1 д.с.
2

8.
Комната персонала с рабочим местом
20
1
1
1

Примечание:

* в зависимости от технологии и вида оборудования

. в соответствии с СП 2.1.7.1386-03 «Санитарные правила по определению класса опасности токсичных отходов производства и потребления» (Зарегистрированы Минюстом России 19.06.2003, регистрационный номер 4755, с изменениями, зарегистрированными Минюстом России 12.02.2010, регистрационный номер 16389)

Главный государственный врач санитарный врач Российской Федерации

Постановление № 14 от 28.02.2008

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст.1650; 2002, № 1 (ч.1), ст.1; 2003, № 2, ст.167; № 27 (ч.1), ст.2700; 2004, № 35, ст.3607; 2005, № 19, ст.1752; 2006, № 1, ст.10; № 52 (ч.1), ст.5498; 2007, № 1 (ч.1), ст.21, ст.29; № 27, ст.3213; № 46, ст.5554; № 49, ст.6070) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст.3295, 2005, № 39, ст.3953)

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341-08 – «Профилактика вирусного гепатита В» (приложение).

2. Ввести в действие СП 3.1.1.2341–08 с 1 июня 2008 года.

Г. Г. Онищенко

Приложение

УТВЕРЖДЕНЫ

Постановлением Главного

государственного санитарного

врача Российской Федерации

от 28 февраля 2008 года № 14

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341–08

I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее санитарные правила) устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения заболевания гепатитом В.

1.2. Настоящие санитарные правила разработаны в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, №14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч.1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2007, № 1 (ч.1), ст. 21, 29; № 27, ст.3213; № 46, ст.5554; № 49, ст.6070); Федеральным законом от 17 сентября 1998 года №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, №1 (ч.1), ст.25); «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июня 1993 года № 5487-1 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, №10, ст.1143; 20.12.1999, № 51; 04.12.2000 № 49; 13.01.2003 № 2, ст.167; 03.03.2003, № 9; 07.07.2003, № 27 (ч.1), ст.2700; 05.07.2004, № 27, ст.2711; 30.08.2004, № 35, ст.3607; 06.12.2004, № 49; 07.03.2005, № 10; 26.12.2005, № 52 (ч.1), ст.5583; 02.01.2006, № 1, ст.10; 06.02.2006, № 6, ст.640; 01.01.2007, № 1 (ч.1), ст.21; 30.07.2007, № 31; 22.10.2007, № 43, ст.5084).

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил возлагается на территориальный орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Используемые сокращения

АлАТ – аланинаминотрансфераза

ГВ – гепатит В

ВГВ – вирус гепатита В

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ДОУ – детские образовательные учреждения

ИФА – иммуноферментный анализ

КИЗ – кабинет инфекционных заболеваний

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

«Носители» HBsAg – лица с длительной, не менее 6 месяцев, персистенцией HBsAg в крови

ОГВ – острый гепатит В

ПТГВ – посттрансфузионный гепатит В

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ХГВ – хронический гепатит В

HBsAg – поверхностный антиген ВГВ

HBeAg – конформационно измененный ядерный антиген ВГВ

III. Общие положения

3.1. Стандартное определение случая заболевания гепатитом В.

3.1.1. Острый гепатит В (ОГВ) – широко распространенная инфекция человека, вызываемая вирусом гепатита В; в клинически выраженных случаях характеризуется симптомами острого поражения печени и интоксикации (с желтухой или без нее), отличается многообразием клинических проявлений и исходов заболевания.

3.1.2. Хронический гепатит В (ХГВ) – длительное воспалительное поражение печени, которое может переходить в более тяжелое заболевание – цирроз и первичный рак печени, оставаться без изменений или регрессировать под влиянием лечения или спонтанно. Основными критериями для причисления заболевания к хроническому гепатиту является сохранение диффузного воспаления печени более 6 месяцев.

3.2. Окончательный диагноз острого и хронического гепатита В устанавливается при комплексном учете эпидемиологических, клинических, биохимических и серологических данных.

3.3. Основными источниками ВГВ являются больные хроническими формами, носители вируса и больные ОГВ. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют «носители» ВГВ (HBsAg, особенно при наличии HBeAg в крови).

3.4. Инкубационный период при ГВ в среднем составляет от 45 до 180 дней. Заражение ВГВ от острых больных имеет место лишь в 4-6% случаях, в остальных – источниками являются больные ХВГ, «носители» HBsAg.

3.5. Период заразительности источника.

В крови больного вирус появляется до проявления болезни в инкубационный период до возникновения клинических симптомов и биохимических сдвигов в крови. Кровь остается заразной в течение всего острого периода болезни, а также при хронических формах заболевания и носительстве, которые формируются в 5-10% случаев после перенесенного заболевания. ВГВ также может содержаться в различных выделениях организма (половых секретах, слюне и др.) Инфицирующая доза составляет 0,0000001мл сыворотки, содержащей ВГВ.

3.6. Пути и факторы передачи ГВ.

ГВ может передаваться как естественными, так и искусственными путями.

3.6.1. Реализация естественных путей передачи ВГВ осуществляется при проникновении возбудителя через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки.

К естественным путям передачи ВГВ относятся:

- перинатальное инфицирование (пренатально, интранатально, постнатально) ребенка от матерей-носителей HBsAg или больных ОГВ в третьем триместре беременности, а чаще ХГВ, риск которого особенно велик при наличии HBeAg в крови у женщин с персистирующей HBs-антигенемией; в подавляющем большинстве случаев заражение происходит при прохождении родовых путей матери (интранатально);

- инфицирование во время половых контактов;

- передача вируса от источника инфекции (больной острой, хронической формой ГВ и носитель HbsAg) к восприимчивым к инфекции лицам в семьях, ближайшем окружении, организованных коллективах за счет реализации контактов в быту посредством контаминированных вирусом различных предметов гигиены (бритвенных и маникюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, ножниц и т.д.).

Основными факторами передачи возбудителя являются кровь, биологические секреты, сперма, вагинальное отделяемое, слюна, желчь и др.

3.6.2. Реализация искусственных путей передачи ГВ может происходить в лечебно – профилактических учреждениях во время проведения лечебно – диагностических парентеральных манипуляций.

При этом инфицирование ВГВ осуществляется через медицинский, лабораторный инструментарий и изделия медицинского назначения, контаминированные ВГВ. Заражение ВГВ может происходить также при трансфузиях крови и/или ее компонентов при наличии в них ВГВ.

В передаче ВГВ значительное место занимают немедицинские инвазивные процедуры. Среди таких манипуляций доминирующее положение занимает парентеральное введение психоактивных препаратов. Возможно заражение при нанесении татуировок, выполнении ритуальных обрядов и других процедур (бритье, маникюр, педикюр, проколы мочка уха, косметические процедуры и др.).

IV. Лабораторная диагностика гепатита В

4.1. Для постановки диагноза следует выявлять серологические маркеры инфицирования вирусом ГВ (HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HBc, анти-HBs, HBeAg, анти- HBe) и ДНК вируса ГВ.

4.2. В организме зараженных вирусом ГВ людей с разной частотой и на разных этапах могут быть выявлены поверхностный HBsAg, Е-антиген-(HBeAg) и антитела к этим антигенам, вирусоспецифическая ДНК.

Все антигены вируса и соответствующие им антитела могут служить индикаторами инфекционного процесса, при этом вирусоспецифическая ДНК, HBsAg, анти-HBc класса IgM появляются первыми и свидетельствуют об активно текущей инфекции. Появление анти-HBs в сочетании с анти-HBc в периоде реконвалесценции может служить признаком завершившейся инфекции. HBeAg, сопутствующий полноценным вирусным частицам, появляется после HbsAg, является прямым показателем активной репродукции вируса и отражает степень инфекциозности. Длительное, возможно пожизненное, носительство вируса является особенностью ГВ.

4.3. Лабораторные исследования на наличие серологических маркеров инфицирования вирусом ГВ осуществляются лабораториями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности на

основании санитарно-эпидемиологического заключения в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

4.4. Обнаружение маркеров инфицирования вирусом ГВ возможно только при использовании сертифицированных стандартизованных диагностических наборов, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке.

4.5. Этиологическая расшифровка случаев гепатита в инфекционных стационарах и других ЛПУ должна проводиться в максимально ранние сроки для обеспечения адекватной терапии и своевременного проведения противоэпидемических мероприятий.

V. Выявление больных гепатитом В

5.1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических учреждений, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, а также детских, подростковых и оздоровительных учреждений выявляют больных острыми и хроническими формами ГВ, носителей ВГВ на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных при оказании всех видов медицинской помощи.

5.2. Выявление, учет и регистрация больных острым, хроническим ГВ, «носителей» HBsAg проводится в соответствии с установленными требованиями.

5.3. Методом выявления источников ГВ является серологический скрининг групп людей с высоким риском заражения (приложение).

5.4. Доноров резерва обследуют на HBsAg при каждой сдаче крови и её компонентов и в плановом порядке не реже 1 раза в год.

5.5. Доноров костного мозга, спермы и других тканей обследуют на HBsAg перед каждым забором биоматериала.

VI. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за гепатитом В

6.1. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ГВ представляет собой постоянное наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за охватом иммунизацией населения, выборочный серологический контроль за состоянием иммунитета, распространение возбудителя, эффективность проводимых мероприятий и прогнозирование.

6.2. Целью государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ГВ является оценка эпидемиологической ситуации, тенденций развития эпидемического процесса для принятия управленческих решений и разработки адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ГВ, предупреждение формирования групповых заболеваний ГВ, тяжелых форм и летальных исходов ГВ.

6.3. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ГВ проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с установленными требованиями.

VII. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при гепатите В

Профилактика ГВ должна проводится комплексно в отношении источников вируса, путей и факторов передачи, а также восприимчивого населения, включая лиц групп риска.

7.1. Мероприятия в эпидемических очагах ГВ

7.1.1. Меры в отношении источника возбудителя инфекции

7.1.1.1. Больные с установленным диагнозом ОГВ, микст-гепатитами, а также больные ХГВ в период обострения подлежат госпитализации в инфекционные отделения.

7.1.1.2. При выявлении инфицированных ВГВ в ЛПУ, больной направляется медицинским работником в течение 3-х дней к врачу-инфекционисту по месту жительства для уточнения диагноза, решения вопроса о госпитализации и постановки на диспансерный учет. При выявлении инфицированных ВГВ больных, находящихся на стационарном лечении, необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста для постановки диагноза, решения вопроса о переводе в инфекционный стационар или назначения необходимой терапии.

7.1.1.3. Все переболевшие острыми формами ГВ и больные хроническими вирусными гепатитами подлежат обязательному диспансерному наблюдению в ЛПУ по месту жительства или в территориальном гепатологическом центре. Первый контрольный осмотр проводят не позднее, чем через месяц после выписки из стационара. В случае, если больной был выписан со значительным повышением аминотрансфераз, осмотр проводят через 10-14 дней после выписки.

Переболевшие ОГВ возвращаются к производственной деятельности и учебе не ранее, чем через месяц после выписки при условии нормализации лабораторных показателей. При этом сроки освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должны составлять 6-12 месяцев.

Лица, перенесшие ОГВ, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара. При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за пациентов должно быть продолжено.

«Носители» HBsAg находятся на диспансерном наблюдении до получения отрицательных результатов исследований на HBsAg и обнаружения анти-HBs. Объем обследований определяется врачом-инфекционистом (участковым врачом) в зависимости от выявленных маркеров, но не реже одного раза в 6 месяцев.

7.1.2. Меры в отношении путей и факторов передачи

7.1.2.1.Заключительная дезинфекция в очагах вирусного гепатита В (острых, латентных и хронических форм) проводится в случае госпитализации больного в стационар, его смерти, переезде на другое место жительства, выздоровлении.

Заключительная дезинфекция (в квартирах, в общежитиях, в детских образовательных учреждениях (ДОУ), гостиницах, казармах и др.) проводится населением под руководством медицинских работников ЛПУ.

7.1.2.2 Текущая дезинфекция в очагах острого вирусного гепатита В осуществляется с момента выявления больного до его госпитализации. В очагах ХГВ вне зависимости от выраженности клинических проявлений – проводится постоянно. Текущую дезинфекцию осуществляет лицо, ухаживающее за больным, или сам больной под руководством медицинского работника ЛПУ.

7.1.2.3. Дезинфекции подвергаются все предметы личной гигиены и вещи, непосредственно соприкасающиеся с кровью, слюной и другими биологическими жидкостями больного.

7.1.2.4. Обработка проводится дезинфицирующими средствами, обладающими вирулицидным, активным в отношении ВГВ действием, и разрешенными к применению в установленном порядке.

7.1.3. Меры в отношении контактных с больными гепатитом В лиц

7.1.3.1. Контактными лицами в очаге ГВ считаются лица, находящиеся в тесном общении с больным ГВ (носителем HBsAg), при котором возможна реализация путей передачи возбудителя.

7.1.3.2. В очагах ОГВ, за лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 6 месяцев с момента госпитализации больного. Осмотр врачом проводится 1 раз в 2 месяца с определением активности АлАТ и выявлением HBsAg, анти-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. Результаты медицинского наблюдения вносятся в амбулаторную карту больного.

7.1.3.3. Контактные лица в очагах ХГВ подлежат медицинскому осмотру и выявлению HBsAg и анти-HBs. Лица, у которых при первом обследовании выявлены анти-HBs в защитной концентрации, дальнейшему обследованию не подлежат. За очагом проводится динамическое наблюдение в течение всего срока наличия источника инфекции.

7.1.3.4. Проведение иммунизации против ГВ контактных лиц с больным острой или хронической формой ГВ, «носителем» HBsAg, не привитых ранее или с неизвестным прививочным анамнезом.

VIII. Профилактика внутрибольничного инфицирования гепатитом В

8.1. Основой профилактики внутрибольничного инфицирования ВГВ является соблюдение противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с установленными требованиями.

8.2. Контроль и оценка состояния противоэпидемического режима в ЛПУ проводится органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также врачом- эпидемиологом ЛПУ.

8.3. С целью профилактики внутрибольничного инфицирования проводятся:

8.3.1. обследование пациентов, поступающих в стационар, и медицинских работников в сроки, согласно приложению;

8.3.2. обеспечение соблюдения установленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в ЛПУ;

8.3.3. обеспечение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т.д.) в соответствии с нормативно-методическими документами;

8.3.4. обязательное санитарно-эпидемиологическое расследование и разбор каждого случая внутрибольничного инфицирования ВГВ с выяснением возможных причин его возникновения и определения мер по предупреждению распространения в ЛПУ; обеспечение проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий при выявлении лиц с HBsAg в ЛПУ;

8.4. С целью профилактики профессиональных заражений ГВ проводится:

8.4.1. выявление лиц, инфицированных ВГВ, среди медицинского персонала в ходе проведения первичных и периодических медицинских осмотров;

8.4.2. вакцинация против ГВ медицинских работников при поступлении на работу;

8.4.3. учет случаев получения микротравм персоналом ЛПУ, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые, экстренная профилактика ГВ.

IX. Профилактика посттрансфузионного гепатита В

9.1. Основой профилактики посттранфузионного гепатита В (ПТГВ) является своевременное выявление источников инфекции и соблюдение противоэпидемического режима в организациях, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, в соответствии с требованиями нормативно-методических документов.

9.2. Профилактика ПТГВ включает следующие мероприятия:

9.2.1. обследование персонала организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов на наличие HBsAg при поступлении на работу и далее 1 раз в год;

9.2.2. проведение врачебного, серологического и биохимического обследования всех категорий доноров (в том числе активных и доноров резерва) перед каждой сдачей крови и её компонентов с обязательным исследованием крови на наличие HBsAg с использованием высокочувствительных методов, а также с определением активности АлАТ – в соответствии с нормативно-методическими документами;

9.2.3. запрещение использования для трансфузии крови и ее компонентов от доноров, не обследованных на HBsAg и активность АлАТ;

9.2.4. внедрение системы карантинизации донорской плазмы в течение 6 месяцев;

9.2.5. немедленное информирование территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, независимо от ведомственной принадлежности, о каждом случаев ПТГВ для проведения эпидемиологического расследования.

9.3. Не допускаются к донорству лица:

9.3.1. перенесшие в прошлом ГВ, независимо от давности заболевания и этиологии;

9.3.2. с наличием маркеров вируса ГВ в сыворотке крови;

9.3.3. с хроническими заболеваниями печени, в том числе токсической природы и неясной этиологии;

9.3.4. с клиническими и лабораторными признаками патологии печени;

9.3.5. лица, считающиеся контактными с больными ОГВ, ХГВ, «носителями» HBsAg;

9.3.6. имеющие за последние 6 месяцев переливания крови и ее компонентов;

9.3.7. перенесшие оперативные вмешательства, в том числе аборты, в период до 6 месяцев со дня оперативного вмешательства;

9.3.8. наносившие татуировки или лечившиеся иглоукалыванием в течение 6 месяцев с момента окончания процедур.

9.4. Для выявления доноров-источников ПТГВ в организациях, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов проводятся:

9.4.1. ведение картотеки доноров с учетом всех выявленных доноров – «носителей» HBsAg;

9.4.2. пожизненное отстранение донора от сдачи крови и её компонентов при установлении заболевания ПТГВ у двух или более его реципиентов, передача информации о нем в поликлинику по месту жительства для обследования;

9.4.3. диспансерное наблюдение реципиентов крови и её компонентов в течение 6 месяцев с момента последней трансфузии.

X. Профилактика заражения гепатитом В среди новорожденных и беременных – носителей вирусного гепатита В

10.1. Обследование беременных проводится в периоды, указанные в приложении.

10.2. Беременные с ОГВ подлежат обязательной госпитализации в инфекционные стационары, а роженицы, больные ХГВ и носители ВГВ – в областные (городские) перинатальные центры, специализированные отделения (палаты) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима.

10.3. Новорожденным, родившимся от матерей – носителей HBsAg, больных ГВ или перенесших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

10.4. Все дети, родившиеся от женщин с ВГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3,6 и 12 месяцев.

10.5. При выявлении у ребенка HBsAg проводится маркировка амбулаторной карты и организуются противоэпидемические мероприятия в соответствии с главой VII .

10.6. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин – «носителей» HBsAg, а также больных ХГВ, в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.

XI. Профилактика гепатита В в организациях бытового обслуживания

11.1 Профилактика ГВ в организациях бытового облуживания (парикмахерских, маникюрных, педикюрных, косметологических), независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, обеспечивается соблюдением требований санитарно-противоэпидемического режима, профессиональной, санитарно-гигиенической и противоэпидемической подготовкой персонала.

11.2. Устройство помещений, оборудование и санитарно-противоэпидемический режим работы кабинетов татуировки, пирсинга и прочих инвазивных процедур, заведомо ведущих к нарушению целостности кожных покровов и слизистых оболочек, должны соответствовать установленным требованиям.

11.3. Организация и проведение производственного, в том числе лабораторного контроля, возлагается на руководителя учреждения.

XII. Специфическая профилактика гепатита В

12.1. Ведущим мероприятием в профилактике гепатита В является вакцинопрофилактика.

12.2. Вакцинация населения против гепатита В проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.

Приложение

ГРУППЫ ЛЮДЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА HBsAg В КРОВИ МЕТОДОМ ИФА

	Группы людей	Период обследования
1	Доноры	При каждой крово-плазмодаче
2	Беременные	В I, III триместре беременности

3	Реципиенты крови и ее компонентов	При подозрении на заболевание ГВ и в течение 6 месяцев с момента последней трансфузии
4	Новорожденные у женщин, больных острым (в III триместре беременности) и хроническим ГВ, а также бессимптомной инфекцией («носительство» HBsAg)	При рождении, в возрасте 3, 6 и 12 месяцев и далее до 3-х лет 1 раз в год, затем см. п. 15 таблицы. Новорожденных, привитых против ГВ, обследуют после получения курса вакцинации (с определением анти-HBsAg, но не ранее, чем через месяц)
5	Персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно – по клиническим и эпидемиологическим показаниям
6	Персонал отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	то же
7	Персонал клинико-диагностических и биохимических лабораторий	то же
8	Персонал хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник (в том числе процедурных, прививочных), персонал станций и отделений скорой помощи	то же
9	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении в стационар и далее – по эпидемиологическим показаниям
10	Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования и далее – по показаниям
11	Пациенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров,кабинетов, стационаров, исключая дерматомикозы и чесотку	При взятии на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
12	Пациенты, поступающие в стационары для плановых оперативных вмешательств	Перед поступлением в стационар
13	Опекаемые и персонал закрытых закрытых детских учреждений (дома ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов идр.)	При поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно – по показаниям
14	Контактные в очагах ГВ (острых и хронических форм и «носительства» вируса, маркируемых HBsAg)	При выявлении очага и далее не реже 1 раза в год для очагов хронических инфекций

Аннотация к постановлениюУтвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 февраля 2008 года № 14 санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341–08 «Профилактика вирусного гепатита В» устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения заболевания гепатитом В.Санитарные правила определяют основные источники, пути и факторы передачи возбудителя, регламентируют принципы лабораторной диагностики и методы выявления больных гепатитом В, основные профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах гепатита В, мероприятия по профилактике внутрибольничного инфицирования, посттрансфузионного гепатита и гепатита В среди новорожденных и беременных женщин, в организациях бытового обслуживания, а также мероприятия по специфической профилактике гепатита В.Правила разработаны в дополнение к действующим санитарным правилам СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».Зарегистрированы в Минюсте 26 марта 2008г. (рег.№ 11411).Вводятся с 1 июня 2008 года.Текст постановления перепечатан с официального сайта Роспотребнадзора.

Российское общество скорой медицинской помощи
Союз педиатров России

Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей

Настоящие клинические рекомендации утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» 1 октября 2015 г. в г. Судаке (Республика Крым).

Настоящие клинические рекомендации подготовлены с участием членов профильной комиссии «Педиатрия», рецензированы, утверждены на заседании исполкома профессиональной ассоциации детских врачей Союз педиатров России на Конгрессе педиатров России 2015 г. Председатель исполкома - главный внештатный специалист педиатр Минздрава России, акад. РАН А.А. Баранов, зам. председателя - главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог Минздрава России, чл.-корр. РАН Л.С. Намазова-Баранова.

2015

Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна — чл.-кор. РАН, заместитель директора по науке — директор НИИ педиатрии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог Минздрава России

Шайтор Валентина Мироновна — д-р мед. наук, проф. кафедры скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Таточенко Владимир Кириллович — д-р мед. наук, проф., главный научный сотрудник ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России

Вишнева Елена Александровна — канд. мед. наук, врач аллерголог-иммунолог, клинический фармаколог, зам. директора по научной работе НИИ педиатрии ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России

Определение

Острый обструктивный (стенозирующий) **ларинготрахеит** (ООЛТ) — воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани, характеризующееся лающим кашлем. ООЛТ может сопровождаться развитием острой дыхательной недостаточности и дисфонией, инспираторным стридором.

В отечественной практической медицине ООЛТ вирусной этиологии часто обозначают термином «ложный круп», что достаточно ярко обозначает сущность клинических проявлений при этом заболевании (стридор, лающий кашель, осиплость голоса). ООЛТ чаще наблюдается у мальчиков (до 70%) и детей раннего возраста — от 6 до 24 мес (15,5–34%).

Возникновение острой дыхательной недостаточности (ОДН) при острой обструкции дыхательных путей связано с предрасполагающими факторами и анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы у детей.

Код по МКБ-10

J05.0 Острый обструктивный ларингит [круп].

Этиология и патогенез

ООЛТ может возникнуть при парагриппе (50%), гриппе (23%), аденовирусной инфекции (21%), риновирусной инфекции (5%) и т.д. Стенозирование просвета верхних дыхательных путей обусловлено тремя компонентами:

- отеком и инфильтрацией слизистой оболочки гортани и трахеи;
- спазмом мышц гортани, трахеи, бронхов;
- гиперсекрецией желез слизистой оболочки дыхательных путей, скоплением слизисто-гнойного отделяемого.

Классификация

Острый обструктивный ларингит классифицируют по степени стеноза гортани (табл. 1).

Таблица 1. Степени стеноза гортани

Степень	Клинические проявления
I (стадия компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка
II (неполной компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, тахикардия
III (декомпенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз
IV (терминальная, асфиксия)	Сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца

Выделяют две формы крупа: острый вирусный, связанный с острой вирусной инфекцией верхних дыхательных путей, и рецидивирующий (спастический), который является следствием аллергической реакции на вирусные антигены, а не прямым результатом вирусной инфекции [у детей с атопией или гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР), на фоне острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ)]. Его отличие — быстрое развитие стеноза, приводящее к асфиксии, нередко до обращения к врачу или приезда скорой помощи.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностика

Основания для диагноза ООЛТ:

- лающий кашель;
- инспираторная одышка;
- участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;
- признаки гипоксии (цианоз, бледность, тахикардия, при стенозе III и IV степени — брадикардия);
- нарушения со стороны ЦНС (возбудимость, затем гиподинамия);
- ухудшение состояния ребенка (прогрессирование стеноза) — чаще отмечается в ночное время, во время сна;
- обычно высокая лихорадка не характерна.

Клиническая картина

Клинические проявления зависят от степени тяжести стеноза и возраста ребенка.

Для стеноза I стадии характерны осиплый голос, грубый, лающий кашель, умеренная инспираторная одышка и легкий пероральный цианоз, возникающий только при беспокойстве, плаче ребенка, при этом в покое одышка отсутствует.

При стенозе II стадии учащается лающий кашель, одышка как при беспокойстве, так и в покое сопровождается участием вспомогательной мускулатуры, выражены пероральный цианоз, который не исчезает в покое, тахикардия, беспокойство.

При стенозе III стадии — резкое ухудшение состояния больного: голова запрокинута назад, кожа бледная, цианотичная, дыхание слышно на расстоянии, с выраженной инспираторной одышкой, глубоким втяжением на вдохе

эпигастральной области, межреберных промежутков, надключичных и яремной ямок. Ребенок покрывается холодным потом.

Стеноз IV стадии — нарушение витальных функций, развитие гипоксической комы и полная асфиксия.

Для оценки степени тяжести ООЛТ в международной педиатрической практике используется шкала Westley (табл. 2).

Пример диагноза

Острый обструктивный ларинготрахеит, субкомпенсированный стеноз гортани II.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с дифтерией, эпиглотитом, инородным телом верхних дыхательных путей, травмами гортани, ангиной Людвига, заглоточным и паратонзиллярным абсцессом, инфекционным мононуклеозом, папилломатозом гортани и трахеи, врожденным стридором, синдромом спазмофилии с ларингоспазмом.

Таблица 2. Шкала оценки степени тяжести крупа по Westley

Выраженность симптома	Баллы*
Стридор	
Отсутствует	0
При возбуждении	1
В покое	2
Втяжение уступчивых мест грудной клетки	
Отсутствует	0
Легкое	1
Умеренно выраженное	2
Резко выраженное	3
Проходимость дыхательных путей	
Нормальная	0
Нарушена умеренно	1
Значительно снижена	2
Цианоз	
Отсутствует	0
При двигательной активности	4
В покое	5
Сознание	
Без изменений	0
Нарушения сознания	5
* Оценка: легкой степени соответствует сумма баллов меньше 3, средней — 3–6 баллов, тяжелой степени — более 6.	

Осмотр и физикальное обследование

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Проводят термометрию, пульсоксиметрию (норма насыщения крови кислородом — 95–98%), определяют частоту дыхания и сердечных сокращений в минуту; осматривают кожу, полость рта, грудную клетку; проводят аускультацию легких и сердца. Особое внимание следует уделять наличию цианоза и одышки в состоянии покоя и при возбуждении ребенка.

Показания к доставке в стационар

1. Все дети со стенозом II степени тяжести и более.
2. Дети со стенозом I степени на фоне врожденного стридора, эпилепсии и с другими отягощающими факторами.
3. Дети 1 года жизни и глубоко недоношенные по анамнезу.
4. Дети, находящиеся в социально неблагополучных условиях.
5. При невозможности обеспечить постоянное динамическое врачебное наблюдение за состоянием ребенка с ООЛТ.

Лечение

Основной задачей является уменьшение отечного компонента стеноза и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Всем детям со стенозом гортани II–IV степени необходимо проводить оксигенотерапию.

Обязательным условием для лечения ребенка с ООЛТ является увлажнение воздуха.

Стеноз I степени

- ребенку часто дают теплое щелочное питье;
- проводят ингаляцию суспензии будесонида из расчета 0,5 мг через компрессорный небулайзер;
- при лихорадке — парацетамол в дозе 10–15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 1 года.

Стеноз II степени

- ингаляция суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозе 1 мг (через 30 мин — повторная небулизация 1 мг будесонида) (B, 2++);
- при отказе от госпитализации в случае неполного купирования стеноза следует ввести дексаметазон в дозе 0,3 мг/кг (преднизолон — 2 мг/кг) внутримышечно или внутривенно (B, 2++) . Необходимо активное врачебное наблюдение больного через 3 ч.

Стеноз III степени

- внутривенное (или внутрикостное) введение дексаметазона из расчета 0,7 мг/кг или преднизолона в дозе 5–7 мг/кг (B, 2++);
- ингаляция суспензии будесонида через компрессорный небулайзер в дозе 2 мг (B, 2++);
- экстренная госпитализация в положении сидя, при необходимости — интубация трахеи;
- готовность к проведению СЛР;
- при необходимости — вызов (в помощь) реанимационной бригады СМП.

Стеноз IV степени

- интубация трахеи;
- при невозможности интубации трахеи проводят коникотомию после введения 0,1% раствора атропина в дозе 0,05 мл на год жизни внутривенно (при сохранении глоточного рефлекса возможно использование 20% раствора натрия оксибутирата внутривенно из расчета 0,4 мл/кг) (D, 2+);
- во время медицинской эвакуации следует поддерживать гемодинамику инфузионной терапией, атропинизацией при брадикардии;
- госпитализировать ребенка в стационар в сопровождении родственников, которые могут его успокоить (страх, крик способствуют прогрессированию стеноза).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Все больные по показаниям с признаками ООЛТ II–IV степени тяжести подлежат экстренной доставке в многопрофильный детский (инфекционный) стационар скорой медицинской помощи, где имеются реанимационное и ЛОР-отделения.

Лечебно-диагностические мероприятия в СтОСМП

Всем больным в СтОСМП выполняют:

- измерение ЧД, ЧСС, АД, проводят термометрию и пульсоксиметрию;
- общий анализ крови, мочи;
- консультацию врача анестезиолога-реаниматолога при стенозе III–IV степени тяжести.

По показаниям проводят: вирусологическую диагностику (экспресс-тесты); бактериологическое исследование (слизь из ротоглотки, носа) для исключения дифтерии; консультацию врача-оториноларинголога и других специалистов; рентгенографию органов грудной клетки, шеи в прямой и боковой проекциях, биохимический анализ крови, фиброларингоскопию.

В настоящее время первая линия терапии ООЛТ — ингаляционный глюкокортикоид будесонид — суспензия для ингаляций в дозе 2 мг однократно или 1 мг дважды через 30 мин через небулайзер компрессорного типа (B, 2++).

В случае неэффективности (либо невозможности проведения вследствие беспокойства ребенка) ингаляций суспензии будесонида через небулайзер и прогрессировании стеноза показано внутримышечное введение дексаметазона из расчета 0,6 мг/кг (B, 2++). При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон в эквивалентной дозе (1 мг преднизолона соответствует 0,15 мг дексаметазона).

Эффективно ингаляционное применение эпинефрина[1] в дополнение к дексаметазону (A, 1++). Ингаляции эпинефрина проводят каждые 15–20 мин по 0,5 мл/кг (раствор 1 мг/1 мл) на одну ингаляцию (максимум 5 мл), разводят в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида, не более трех ингаляций.

При декомпенсированном стенозе показаны назотрахеальная интубация термопластической трубкой значительно меньшего диаметра, чем нужно ребенку по возрасту, или коникотомия (трахеостомия), в тяжелых случаях возможна продленная интубация (трубку оставляют на несколько дней).

Прогноз

Исход вирусного крупа при своевременной диагностике и адекватном лечении всегда благоприятный. В случае поздней диагностики при стенозе гортани III–IV степени при невозможности интубации или коникотомии (трахеостомии) возможна смерть от асфиксии.

Профилактика

Профилактика направлена на повышение реактивности организма ребенка, санацию очагов хронической инфекции. Диспансерное наблюдение проводят за детьми с рецидивирующим стенозом гортани (консультации аллерголога, оториноларинголога, лабораторное исследование).

---

[1] Применение препарата у детей *off label*, вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний, осуществляется при наличии подписанного информированного согласия родителей/законных представителей.

Список литературы

1. Скорая медицинская помощь: Краткое руководство / Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 229–232.

2. Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. — СПб.: ИнформМед, 2013. — С. 120–125.

3. Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J05.0. Клинические рекомендации. — М.: Оригинал макет, 2014. — 32 с.

4. Oxford handbook of emergency. Fourth edition. — Oxford University, 2012. — P. 676.

5. Wall S.R., Wat D., Spiller O.B. et al. The viral etiology of croup and recurrent croup // Arch Dis Child — 2009., May. — Vol. 94, № 5. — P. 359–360.

6. Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С., Таточенко В.К. Рациональная терапия крупа у детей//Вопросы современной педиатрии. — 2007. — Т. 6, № 5. — P. 32–36.

7. Союз педиатров России. Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». — М., 2002.

8. Sasidaran K., Bansal A., Singhi S. Acute upper airway obstruction // Indian J. Pediatr. — 2011, Oct. — Vol. 78, № 10. — P. 1256–1261.

9. Scolnik D., Coates A.L., Stephens D. et al. Controlled delivery of high vs low humidity vs mist therapy for croup in emergency departments: a randomized controlled trial // JAMA. — 2006, Mar 15. — Vol. 295, № 11. — P. 1274–1280.

10. Bjornson C.L., Klassen T.P., Williamson J. et al. Treatment of mild croup with a single dose of oral dexamethasone: A multicenter, placebo-controlled trial // New Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 315. — P. 1306–1313.

11. Fitzgerald D.A., Kilham H.A. Croup: Assessment and evidence-based management // Med. J. Australia. — 2003. — Vol. 179. — P. 372–377.

12. Griffin S., Ellis S., Fitzgerald-Barron A. et al. Nebulised steroid in the treatment of croup: A systematic review of randomised controlled trials // Br. J. Gen. Practice. — 2002. — Vol. 50. — P. 135–141.

13. Руководство по амбулаторно-клинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

14. Оказание стационарной помощи детям (Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста). Карманный справочник. — 2-е изд. — Всемирная организация здравоохранения (Женева), 2013. — 412 с.

МЕТОДОЛОГИЯ

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ СБОРА/СЕЛЕКЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Поиск в электронных базах данных.

ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ДЛЯ СБОРА/СЕЛЕКЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных MEDLINE, EMBASE и PUBMED. Глубина поиска составляла 10 лет.

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И СИЛЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Консенсус экспертов.
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1).

Таблица 1. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1–	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований «случай–контроль» или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований «случай–контроль» или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования «случай-контроль» или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2–	Исследования «случай–контроль» или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ АНАЛИЗА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Обзоры опубликованных метаанализов.
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ДЛЯ АНАЛИЗА ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

При отборе публикаций как потенциальных источников доказательств использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат исследования влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций. Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

ТАБЛИЦЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

- Заполнялись членами рабочей группы.

МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ ФОРМУЛИРОВАНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

- Консенсус экспертов.

Таблица 2. Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

ИНДИКАТОРЫ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ (GPPS — GOOD PRACTICE POINTS)

- Рекомендуемая надлежащая практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

- Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

МЕТОД ВАЛИДИЗАЦИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

- Внутренняя экспертная оценка.
- Внешняя экспертная оценка.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА ВАЛИДИЗАЦИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей скорой медицинской помощи в отношении доходчивости изложения рекомендаций и важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия также была направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения пациента.

Полученные от экспертов комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы. Каждый пункт обсуждался, вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

КОНСУЛЬТАЦИЯ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи». Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи», для того чтобы лица, не участвовавшие в заседании, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был также рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

РАБОЧАЯ ГРУППА

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Сила рекомендаций (A–D), уровни доказательств (1++, 1+, 1–, 2++, 2+, 2–, 3, 4) по таблице 1 и таблице 2 приводятся при изложении текста настоящих клинических рекомендаций.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р 52623.4— 2015

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Издание официальное

Москва
Стандартинформ
2015

Предисловие

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 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 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 31.03.2015 № 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 годовом (по состоянию на 1 января текущего года) информационном указателе "Национальные стандарты", а официальный текст изменений и поправок - в ежемесячно издаваемом 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 национального органа Российской Федерации по стандартизации в сети Интернет (gost.ru)".

© Стандартинформ, 2015

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без разрешения национального органа Российской Федерации по стандартизации

Оглавление

1 Область применения .....

2 Нормативные ссылки .....

3 Общие положения .....

4 Технология выполнения простой медицинской услуги ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И РАСТВОРОВ .....

5 Технология выполнения простой медицинской услуги ВНУТРИКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....

6 Технология выполнения простой медицинской услуги ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ .....

7 Технология выполнения простой медицинской услуги ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПАЛЬЦА .....

8 Технология выполнения простой медицинской услуги ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....

9 Технология выполнения простой медицинской услуги ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ .....

10 Технология выполнения простой медицинской услуги ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА.....

11 Технология выполнения простой медицинской услуги ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ПОМОЩЬЮ КЛИЗМЫ .....

Библиография ……

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Technologies of simple medical services for invasive interventions

Дата введения – 2016 – 03 – 01

1 Область применения

Настоящий стандарт устанавливает требования к выполнению технологий выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств (далее – ТПМУИВ), включая:

- подкожное введение лекарств и растворов;
- внутрикожное введение лекарств;
- внутримышечное введение лекарств;
- 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, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

Издание официальное

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 заменён ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учётом 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 инвазивных вмешательств:

-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 ТПМУИВ представляют собой систематизированные своды медицинских правил и условий, технического обеспечения, определяющих порядок и последовательность действий, выполняемых медицинским персона-

лом.

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 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.

Т а б л и ц а 1 ТПМУИВ Подкожное введение лекарств и растворов

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл.
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортные Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Восстановительно-реабилитационные Профилактика заболеваний Диагностическа заболеваний

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц одноразовый емкостью от 1 до 5 мл, 2 стерильные иглы длиной 25 мм Лоток нестерильный для расходуемого материала Лоток стерильный Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Пилочка (для открытия ампул) Манипуляционный столик Кушетка Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. Емкости для дезинфекции
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, обработки 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 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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. *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.

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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° 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

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	углом 45° 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 поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Уточнить у пациента о его самочувствии. 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 определять индивидуальную непереносимость лекарственного вещества; поражения кожи и жировой клетчатки любого характера в месте инъекции После инъекции возможно образование подкожного инфильтрата (введение не подогретых масляных растворов), поэтому при введении масляных растворов необходимо предварительно подогреть ампулу в воде

Продолжение таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	до 37°. 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 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое 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	Препарат пациенту введен. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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).

Окончание таблицы 1

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 постинъекционных осложнений - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0 УЕТ врача - 0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 2 ТПМУИВ Внутрикожное введение лекарственных средств

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
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 непрокалываемого контейнера для использованных игл.

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 Характеристика методики выполнения простой меди-	

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
цинской 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. *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 лекар-

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ственный препарат оказался в ее широкой части. • Подпилить ампулу пилочкой. Обработать шейку ампулы антисептиком. Вскрыть ампулу. • Набрать лекарственный препарат в шприц. • Выпустить воздух из шприца. *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° 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 антисеп-

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	тическим 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 её 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 расходуемый материал. Снять перчатки, поместить их поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 3 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4 Уточнить у пациента о его самочувствии. 5 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 проведении внутрикожной инъекции необходимо выбирать место, где отсутствуют рубцы, болезненность при прикосновении, кожный зуд, воспаление, затвердение. Через 15-30 минут после инъекции обязательно

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций). Внутрикожные инъекции детям выполняют в среднюю треть внутренней поверхности предплечья, верхнюю треть наружной поверхности плеча. При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени. Объяснить пациенту, что нельзя тереть и мочить место инъекции в течение определенного времени (если инъекция выполняется с диагностической целью)
8 Достигаемые результаты и их оценка	Образовалась папула белого цвета. После извлечения иглы нет крови. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получает 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).
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 постинъекционных осложнений • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполне-

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ния технологии.

Окончание таблицы 2

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0,5 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 3 ТПМУИВ Внутримышечное введение лекарственных средств

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело 2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование маски, специальных защитных очков

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортные Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Восстановительно-реабилитационные Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц одноразовый емкостью от 5 до 10 мл и две стерильные иглы длиной 38-40 мл. Лоток стерильный Лоток нестерильный для и расходуемого материала Нестерильные ножницы или пинцет (для открытия флакона) Пилочка (для открытия ампулы) Манипуляционный столик Кушетка 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 Дезинфицирующее средство
5.6 Прочий расходуемый материал	Стерильные салфетки или шарики (ватные или марлевые) Перчатки нестерильные

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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 , дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. 7. Подготовить шприц. Проверить срок годности, герметичность упаковки. 8. Набрать лекарственный препарат в шприц. *Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.* • Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	• 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. *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° 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

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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 ребёнка 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°на 2/3 её 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 о его самочувствии. 4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Подготовка оснащения для выполнения процедуры всегда проводится в процедурном кабинете. При проведении инъекции в мышцы бедра или плеча шприц держать в правой руке как писчее перо, под углом, чтобы не повредить надкостницу. При назначении инъекций длительным курсом при необходимости после каждой инъекции наложить на место введения лекарственного препарата грелку или сделать «йодную сетку» (уровень убедительности доказательства С). Через 15-30 минут после инъекции обязательно узнать у пациента о его самочувствии и о реакции на введённое лекарство (выявление осложнений и аллергических реакций). Основными местами для проведения внутримышечной инъекции являются: наружная поверхность плеча, наружная и передняя поверхность бедра в верхней и средней трети, верхний наружный квадрант ягодицы. При вскрытии флакона необходимым условием является надпись на флаконе, сделанная медицинским работником с отметкой даты вскрытия и времени.
8 Достигаемые результаты и их оценка	Препарат пациенту введен. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (для детей до 15 лет) получает 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).

Окончание таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 постинъекционных осложнений • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0 Коэффициент УЕТ врача – 0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 4 ТПМУИВ Взятие крови из пальца

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	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
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использование перчаток. Во время процедуры обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных скарификаторов. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.).

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик. Одноразовая система для взятия капиллярной крови (в случае получения крови с использованием вакуумных систем) Пробирки для забора крови, разрешенные к применению (в случае получения крови без использования вакуумных систем) Скарификатор одноразовый или автоматический ланцет подходящего типа и размера Штатив для пробирок Пинцет стерильный Капилляр Панченкова Кушетка (в случае получения крови у пациента в положении лежа) Стул, кресло (в случае получения крови у пациента в положении сидя) Непрокалываемый контейнер для использованных скарификаторов Лоток для расходуемого материала Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б.
5.2 Реактивы	Отсутствуют
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки места прокола кожи пациента Антисептик для обработки рук
5.6 Прочий расходуемый материал	Дезинфицирующее средство Ватные или марлевые шарики или салфетки стерильные Перчатки нестерильные
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 1 Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве. 2 Одной рукой взять 4-ый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами. 3 Другой рукой обработать смоченным в антисептическом средстве ватным или марлевом шарике 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 расходуемого материала. 5 После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи. 6 Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокалываемый контейнер для использованных скарификаторов. 7 Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходуемого 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 минуты 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.

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	2 Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Уточнить у пациента о его самочувствии. 4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление. 5 Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию.
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, дождаться полного высыхания антисептика. 6. Надеть нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 1 Смочить ватный или марлевый шарик в антисептическом средстве. 2 Одной рукой взять 4-ый палец свободной руки пациента, слегка помассировать его, зажав верхнюю фалангу пальца пациента указательным и большим пальцами. 3 Другой рукой обработать смоченным в антисеп-

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	тическом средстве ватным или марлевом шарике 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 расходуемого материала. 5 После высыхания кожи взять скарификатор/автоматический ланцет и сделать быстрым движением прокол кожи. 6 Поместить использованный скарификатор/автоматический ланцет в непрокалываемый контейнер для использованных скарификаторов. 7 Вытереть первые капли крови сухой стерильной салфеткой или ватным шариком. Поместить использованную салфетку или шарик в лоток для расходуемого материала. 8 Самотеком 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 минуты. 10. Перевернуть пробирку в вертикальное положение для переноса крови из капилляра в пробирку. 11. Повернуть крышку с пробирки, снять и поместить в непрокалываемый контейнер вместе со встроен-

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ным 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 о его самочувствии. 4 Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление. 5 Организовать доставку пробирок с лабораторным материалом в лабораторию.
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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 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.
8 Достигаемые результаты и их оценка	Получение необходимого объёма крови для исследований

Окончание таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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 данного действия. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, 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 с датой и временем назначения) • Отсутствие осложнений • Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. • Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 0 УЕТ медицинской сестры - 0,5
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 5 ТПМУИВ Внутривенное введение лекарственных средств

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	1) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	2) Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.).

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы 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 Непрокалываемый 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 ведения лекарственных препаратов в по-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ложении 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	Антисептический раствор для обработки инъекционного поля, шейки ампулы, резиновой пробки флакона Раствор натрия хлорида Антисептик для обработки рук Дезинфицирующее средство
5.6 Прочий расходуемый материал	Салфетка Перчатки нестерильные Перчатки стерильные Маска Салфетки марлевые стерильные Салфетки марлевые (ватные шарики) Бинт Лейкопластырь – 2-3 полоски или самоклеющаяся полупроницаемая повязка для фиксации иглы/катетера в вене
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 лекар-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ственного 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. *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. *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

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	или салфеткой, смоченной антисептическим раствором. • Ввести иглу под углом 90° 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 венепунк-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ции, 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 соответствие 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 минут, 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 о его самочувствии. 4. Сделать соответствующую запись о результатах

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм внутривенного введения лекарственных средств (капельно с помощью системы для вливания инфузионных растворов).	выполнения услуги в медицинскую документацию. 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. 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. *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 ват-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ным 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. • Закрыть 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. • Закрыть 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

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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 2 полоски узкого лейкопластыря, шириной 1 см., длинной 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 пеленку) 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. 11. Обработать область локтевого сгиба не менее чем двумя салфетками или ватными шариками с антисептическим раствором, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену. 12. Фиксировать вену пальцем, натянув кожу над местом венепункции. 13. 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

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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. 14. Открыть винтовый зажим капельной системы, отрегулировать винтовым зажимом скорость капель (согласно назначению врача). 15. Закрепить иглу и систему лейкопластырем, прикрыть иглу стерильной салфеткой, закрепить ее лейкопластырем. 16. Снять перчатки, поместить их в непромокаемый пакет. 17. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 18. Наблюдать за состоянием пациента, его самочувствием на протяжении всей процедуры (в условиях оказания помощи в процессе транспортировки, продолжительность наблюдения определяется продолжительностью транспортировки). III. Окончание процедуры. 19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора). 20. Надеть нестерильные перчатки. 21. Закрыть винтовый зажим капельной системы, извлечь иглу из вены, прижать место пункции на 5 - 7 минут салфеткой или ватным шариком с антисептическим раствором, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции. 22. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	23. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять нестерильные перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 24. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 25. .Уточнить у пациента о его самочувствии. 26. 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 отсутствие 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 ператки. 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 за-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	полнение системы см. п.8.6.1.6 и п.8.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение. II Выполнение процедуры. 8. Обложить место, где установлен центральный катетер, стерильными салфетками. 9. 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. 10. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или систему для переливания инфузионных растворов. 10.1. При струйном введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 10.2. 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.

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	При капельном способе введения лекарственных препаратов, после подсоединения системы для капельных вливаний, закрепить ее, снять печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. III Окончание процедуры. 10. 1. При струйном введении лекарственных препаратов - отсоединить шприц от катетера и закрыть катетер стерильной пробкой. 10. 2. При капельном способе введения лекарственных препаратов – вымыть руки, надеть стерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой. 11. Закрыть катетер стерильной салфеткой, закрепить ее. 12. Поместить использованное устройство для вливаний инфузионных растворов или использованный шприц и салфетки или ватные шарики, пеленку в непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 14. Уточнить у пациента о его самочувствии 15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию.
6.4 Алгоритм внутривенного введения лекарственных препаратов струйно и ка-	I Подготовка к выполнению процедуры. 1. Идентифицировать пациента, представиться,

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
пельно через катетер установленный в периферической вене.	объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие 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 можеть 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. п.6.1.6 и п.6.2.5. 7. Доставить в палату необходимое оснащение II Выполнение процедуры. 8. Снять пробку и положить ее на стерильную салфетку, наружный вход катетера обработать стерильной салфеткой или ватным шариком, смоченным антисептическим раствором. 9. Подключить шприц (без иглы), потянуть поршень на себя до появления крови в шприце; или присоединить систему для переливания инфузионных растворов.

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	9.1. При ***струйном*** введении - нажать на поршень и медленно (в соответствие с рекомендациями врача) ввести лекарственный препарат, оставив в шприце несколько миллилитров лекарственного препарата. 9.2. 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 удается 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 печатки, поместить их непромокаемый мешок, убедиться, что пациенту удобно, вымыть руки. Наблюдать за пациентом до окончания процедуры. III. Окончание процедуры. 10.1. При ***струйном*** способе введения - отсоединить шприц от катетера и, закрыть катетер стерильной пробкой. 10.2. При ***капельном*** способе введения лекарственного препарата – вымыть руки, надеть нестерильные перчатки. Отсоединить систему для переливания инфузионных растворов от катетера, закрыть катетер стерильной пробкой.

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	11. Закрыть катетер стерильной салфеткой и закрепить ее. 12. 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 непрокалываемую емкость и транспортировать в процедурный кабинет. 13. Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 14. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 16. Уточнить у пациента о его самочувствии. 17. 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

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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 сдавлении конечности жгутом для избежания травмы (гематома, скальпированная рана, скарификация кожи) и/или спонтанного разрыва вены, так как 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 это 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 на надевание перчаток и их обработку антисептиком. При сборке шприцов, наборе лекарственного препа-

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	рата в шприц, заполнении системы для капельных вливаний, при использовании катетера, находящегося в центральной вене используются стерильные перчатки и стерильная маска.
8 Достигаемые результаты и их оценка.	Назначенное врачом лекарственное средство введено внутривенно с помощью шприца (струйно). Пациенту введен необходимый объем жидкости с помощью системы для вливания инфузионных растворов (капельно). Достигнут терапевтический эффект при отсутствии осложнений. Простая медицинская услуга проведена с минимальным дискомфортом для пациента.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (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. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на внутривенное введение лекарственных средств необходимо, так как данное действие 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 постинъекционных осложнений - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнениятехнологии.

Окончание таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 1,5 Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 5,0 2,5?
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 6 - ТПМУИВ Взятие крови из периферической вены

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Сестринское дело, Акушерское дело
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры обязательно использование перчаток. Обязательно использование непрокалываемого контейнера для использованных игл. При угрозе разбрызгивания крови обязательно использование защитных средств (маска, очки и др.).

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Манипуляционный столик. Закрытая система для забора крови (в случае получения крови с помощью вакуумной системы) Шприц инъекционный одноразового применения от 5 до 20 мл (в случае получения крови без использования вакуумной системы) Игла инъекционная Штатив для пробирок Пробирки с крышкой или без (в случае получения крови без использования вакуумной системы) Подушечка из влагостойкого материала Жгут венозный Емкости для дезинфекции Непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б Контейнер для транспортировки биологических жидкостей Лента со штрих-кодом или лабораторный карандаш
5.2 Реактивы	В зависимости от исследования и методики
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4 Продукты крови	Отсутствуют
5.5 Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки инъекционного поля. Антисептик для обработки рук

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6 Прочий расходуемый материал	Дезинфицирующее средство Ватные или марлевые шарики стерильные. Бактерицидный лейкопластырь. Перчатки нестерильные
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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. 10. 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 это необходимо. 11. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать 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. 12. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху. 13. 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». 14. Убедиться, что игла в вене: одной рукой удер-

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	живая 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 15. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут. 16. 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 минут, 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 минут), рекомендуемое. 17. Кровь, находящуюся в шприце, аккуратно и медленно, по стенке, перелить в необходимое количество пробирок. 18. Убедиться, что у пациента наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 19. Подвергнуть дезинфекции весь расходованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 21. .Уточнить у пациента о его самочувствии. 22. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 23. Организовать доставку пробирок с полученным лабораторным материалом в лабораторию.

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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.

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне мастэктомии. II. Выполнение процедуры. 10. 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 это необходимо. 11. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать 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. 12. Взять иглу необходимого для данной методики размера, вскрыть упаковочный пакет 13. Охватить пальцами канюлю иглы, под канюлю положить марлевую салфетку. 14. 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». 15. Когда из канюли иглы покажется кровь, подставить под канюлю пробирку и набрать необходимое количество крови. 16. Попросить пациента разжать кулак. Развязать жгут. 17. Прижать к месту инъекции салфетку или ватный

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	шарик с антисептическим раствором. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку или ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, 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 минут), рекомендуемое. 18. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет. III. Окончание процедуры. 19. Подвергнуть дезинфекции весь расходуемый материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б. 20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 21. Уточнить у пациента о его самочувствии. 22. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 23. 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

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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. Большее 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 «сжимание и разжимание кулака»), так как 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 10. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее. Если используется двусторонняя игла – снять защитный колпачок серого или белого цвета. 11. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	упора. 12. Продезинфицировать место венепункции марлевой салфеткой или тампоном, смоченным антисептическим раствором, круговыми движениями, от центра к периферии. 13. Подождать до полного высыхания антисептического раствора (30-60 секунд). Нельзя вытирать и обдувать 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. 14. Снять колпачок с другой стороны иглы. 15. Обхватить левой рукой предплечье пациента так, чтобы большой палец находился на 3-5 см. ниже места венепункции, натянуть кожу. 16. Расположить иглу по одной линии с веной, скосом вверх, и пунктировать вену под углом 15 – 30 градусов к коже. 17. 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 ±10 % от номинального объема. 18. Извлечь пробирку из держателя. 19. Сразу же после заполнения пробирку нужно ак-

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	куратно 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. 20. После того как все необходимые пробирки будут наполнены, приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции и извлечь иглу. III. Окончание процедуры 21. Использованную иглу вместе с одноразовым держателем поместить в контейнер для острых предметов. Многоразовые 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! 22. Убедиться, что наружного кровотечения у пациента в области венепункции нет. 23. Наложить давящую повязку на руку или бактерицидный пластырь. 24. Обработать руки в перчатках дезинфицирующим средством. 25. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал. Снять перчатки, поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	утилизации отходов класса Б. 26. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 27. Уточнить у пациента о его самочувствии. 28. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения услуги в медицинскую документацию или оформить направление 29. 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, подвергающимися 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 свёртывания; - цитратная кровь для коаугологических исследований;

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	- кровь с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТУК, ЭДТА), для гематологических исследований; - кровь с ингибиторами гликолиза (фториды) для исследования глюкозы; - кровь с литиевым гепарином (LH) 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 (К, Са), 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 убыстряют 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 объёме равному объёму мёртвого пространства системы катетера (3х d х длину катетера) – забирают отдельно в шприц или пустую вакуумную пробирку (при не выполнении этих правил снижается достоверность анализа за счёт разбавления крови). После введения через катетер гепарина (для промывания или с лечебной целью) брать кровь на коагулограмму нельзя. Взятие крови проводят натощак. Пунктируют пе-

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	риферические 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 к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой охватывает туловище с прижатой одной рукой. Перед началом процедуры у женщин уточнить, не было ли мастэктомии, брать кровь со стороны мастэктомии не рекомендуется. С целью правильного использования закрытых систем для взятия крови с учетом ее конструктивных особенностей необходимо следовать рекомендациям и инструкциям производителя.
8 Достигаемые результаты и их оценка	Получение полного объёма крови, необходимого для исследований. Своевременная доставка крови в лабораторию Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (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. Письменное подтверждение согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) не обязательно, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.

Окончание таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 постинъекционных осложнений - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. - Пробы своевременно доставлены в лабораторию - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

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.

Т а б л и ц а 7 - ТПМУИВ Промывание желудка

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования 1.1 Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Акушерское дело, Сестринское дело.
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний Диагностика заболеваний

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Толстый стерильный желудочный зонд диаметром 10-15 мм, длиной – 100-120 см с метками на расстоянии 45, 55, 65 см от слепого конца Резиновая трубка длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянная соединительная трубка диаметром не менее 8 мм Шприц Жанэ. Фонендоскоп Тонометр Шелковая нить Емкость для промывных вод Водный термометр 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	Жидкое вазелиновое масло или глицерин
5.6 Прочий расходуемый материал	Часы Воронка емкостью 1 л Полотенце Фартук клеенчатый для пациента и медицинского работника Перчатки нестерильные Ведро (с чистой водой комнатной температуры объёмом 10 л) Ковш Стерильные марлевые салфетки

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Промывание с применением желудочного 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 лёжа. 7. Измерить шёлковой 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 закруглённого конца. 9. Взять зонд в правую руку как «писчее перо» на расстоянии 10 см от закруглённого конца.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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 вперёд, 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.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	11. Заполнить воронку водой больше половины, держа её 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. 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,

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	наблюдать за состоянием. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 7. Уточнить у пациента о его самочувствии. 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), введённым интраназально, при этом в шприц Жане набирается вода в объёме 0,5 л, вводится в желудок и аспирируется 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 ёмкость. 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 выве-

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	денного 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-х мес – желудочный катетер № 6, 8, 10, у детей до 3-х 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), кон-

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	тролировать 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 Достигаемые результаты и их оценка	Наличие чистых промывных вод
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
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. - Пробы своевременно доставлены в лабораторию - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения

Окончание таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

11Технология 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.

Т а б л и ц а 8 - ТПМУИВ Введение лекарственных средств с помощью клизмы

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Акушерское дело, Сестринское дело
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Грушевидный баллон на 150 мл. Газоотводная трубка. Штатив для капельных вливаний. Система для капельного введения. Шприц. Лоток. Пинцет Стерильный наконечник Шпатель Ширма (если процедура выполняется в палате) Водный термометр 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	Вазелин
5.6 Прочий расходуемый материал	Лекарственные препараты по назначению врача Нестерильные перчатки Туалетная бумага. Фартук влагонепроницаемый. Подкладная пеленка влагоустойчивая одноразовая. Пеленка для укрывания пациента Клеенка
6. Характеристика методики выполнения простой меди-	

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
цинской услуги 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 бёдра пациента клеенку и пелёнку. 6. Обработать руки гигиеническим способом, осушить 7. Надеть фартук и нестерильные перчатки. II. Выполнение процедуры. 8. Набрать в грушевидный баллон теплого лекарственного препарата t 37-38° (количество вводимого лекарственного препарата определяет врач). 9. Закруглённый конец газоотводной трубки смазать вазелином на протяжении 30 см. 10. Закруглённый конец трубки взять в правую руку как «писчее перо», а свободный конец зажать 4 и 5 пальцем. 11. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцами левой руки. Правой рукой ввести газоотводную трубку на

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	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. 12. 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. 13. При капельном введении: большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой ввести наконечник в прямую кишку; отрегулировать скорость вливания раствора. 14. Укрыть пациента одеялом. 15. По окончании процедуры вытереть салфеткой (или туалетной бумагой) кожу в области анального отверстия (у женщин в направлении спереди–назад). III. Окончание процедуры. 16. Поместить бумагу в пластиковый пакет или лоток. 17. Снять фартук, перчатки, газоотводную трубку, наконечник поместить в емкость для дезинфекции или непромокаемый пакет/контейнер для утилизации отходов класса Б 18. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептического раствора) 19. Если процедура проводилась в манипуляционной – сопроводить пациента в палату. 20. Уточнить у пациента о его самочувствии. 21. Сделать соответствующую запись о результатах

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	выполнения услуги в медицинской документации.
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	За 20-30 мин. до постановки лекарственной клизмы, а также лекарственной микроклизмы, сделать пациенту очистительную клизму. При проведении капельных вливаний 5% раствора глюкозы, 0.9% раствора хлорида натрия к флакону прикрепляют грелку для поддержания температуры раствора (40°-42°), скорость введения должна быть не более 60-80 кап/ мин. При введении лекарственных средств с помощью клизм у детей: 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°С. 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 минут.
8 Достигаемые результаты и их оценка	Самочувствие пациента стабильное. Реакций на введение лекарственного препарата нет. Осложнений процедуры не наблюдается. Пациент чувствует себя комфортно.
9 Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о введении лекарственных средств с помощью клизмы, сообщаемая ему 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).

Окончание таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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. - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии.
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0.
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствует

Библиография

[1] Номенклатура медицинских услуг (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011г.)

УДК 616 – 083:006.354 ОКС 11.160 Р24 ОКП 94 4000

Ключевые слова: технологии выполнения простых медицинских услуг, специальные методы получения исследуемых образцов, методы доступа и введения

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСТ Р 52623.3 – 2015

Технологии выполнения простых медицинских услуг

МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Издание официальное

Москва
Стандартинформ
2015

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 31.03.2015 № 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 (gost.ru)

© Стандартинформ, 2015

Настоящий стандарт не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без разрешения Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии

Содержание

1 Область применения.....
2 Нормативные ссылки .....
3 Общие положения .....
4 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного» .....
5 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников"
6 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка банок» .....
7 Технология выполнения простой медицинской услуги «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка» .....
8 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка пиявок» .....
9 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии».....
10 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких» .....
11 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером».....
12 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за сосудистым катетером» .....
13 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при гастростомах» ...
14 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за назогастральным зондом".....
15 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при илеостоме»
16 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при стамх толстого кишечника» .....
17 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при дефекации тяжелого больного».....
18 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка очистительной клизмы» .....
19 Технология выполнения простой медицинской услуги «Удаление копролита». .....
20 Технология выполнения простой медицинской услуги «Спринцевание влагалища» ....
21 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного».....

22 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за постоянным мочевым катетром» .....
23 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за внешним мочевым катетером» .....
24 Технология выполнения простой медицинской услуги «Перемещение тяжелобольного в постели» .....
25 Технология выполнения простой медицинской услуги «Размещение тяжелобольного в постели» .....
26 Технология выполнения простой медицинской услуги «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения» .....
27 Технология выполнения простой медицинской услуги «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд» .....
28 Технология выполнения простой медицинской услуги «Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному» .....
29 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному» .....
30 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных» .....
31 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за пупочной ранкой новорожденного» .....
32 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пеленание новорожденного» .
33 Технология выполнения простой медицинской услуги. «Уход за дренажем» .....
34 Технология выполнения простой медицинской услуги «Оценка интенсивности боли» .

Приложение А Области наложения горчичников …….
Приложение Б Способы пеленания новорожденного …….....
Приложение В Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома …….

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Технологии выполнения простых медицинских услуг

МАНИПУЛЯЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Technologies of simple medical services. Manipulations of nursing care

Дата введения – 2016 – 03 – 01

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;
- постановку горчичников;
- постановку банок;
- бритье кожи предоперационное или поврежденного участка;
- постановку 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;

Издание официальное

- постановку 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;
- транспортировку тяжелобольного внутри учреждения;
- кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд;
- приготовление и смену 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;
- оценку 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 заменён ссылочный стандарт, на который дана недатированная ссылка, то рекомендуется использовать действующую версию этого стандарта с учётом 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 поря-

док 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 по [1].

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

Т а б л и ц а 1 - ТПМУМСУ «Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям «сестринское дело», «лечебное дело», «акушерское дело». Младшая медицинская сестра по уходу за больными в присутствии среднего медицинского работника.
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Во время процедуры использовать перчатки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний
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.
5.6 Прочий расходный материал	Водный термометр. Мыло жидкое. Шампунь. Крем для бритья. Крем после бритья. Крем для рук. Перчатки нестерильные. Марлевые салфетки. Щетка для волос (или расческа) индивидуальная. Полотенце. Мешок для грязного белья. Бритвенный станок (одноразовый) с безопасным лезвием. Валик. Ножницы маникюрные (стерильные). Емкость для воды, кувшин. Клеенка. Фартук клеенчатый. Валик (упор под плечи пациента). Надувная ванночка (для мытья головы)

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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 во-

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения мытья головы	лосы 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 ногтями 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.

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного	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.
6.3 Алгоритм бритья тяжелобольного	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

Продолжение таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм бритья тяжелобольного	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
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

Окончание таблицы 1

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, 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
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). 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 – 2,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

5 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка горчичников»

Технология постановки горчичников входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.01.003 по [1].

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

Т а б л и ц а 2 – ТПМУМСУ «Постановка горчичников»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Горчичники. Лоток для использованного материала. Непромокаемый мешок или контейнер для утилизации отходов класса Б.
Реактивы	Отсутствуют.
Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
Продукты крови	Отсутствуют.
Лекарственные средства	Дезинфицирующее средство.
Прочий расходный материал	Пеленка. Часы. Салфетка. Емкость для воды. Водный термометр. Нестерильные перчатки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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

Продолжение таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки горчичников	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. П р и м е ч а н и е – Области наложение 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 приготовленный 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.

Продолжение таблицы 2

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>6.1 Алгоритм постановки горчичников</td><td>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</td></tr>
<tr><td>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Необходимо следить за временем выполнения процедуры, так как при более длительном воздействии горчичников возможен химический ожег кожи с образованием пузырей.
При сильном жжении или повышенной чувствительности кожи горчичники накладываются через тонкую бумагу или ткань.</td></tr>
<tr><td>8 Достигаемые результаты и их оценка</td><td><table><tr><th>Результат</th><th>Оценка</th></tr><tr><td>Гиперемия кожи, чувство жжения</td><td>Процедура выполнена правильно</td></tr><tr><td>Отсутствие покраснения, нет чувства жжения</td><td>Процедура выполнена неправильно, лечебный эффект не достигнут</td></tr><tr><td>Признаки химического ожога (появление на коже пузырей)</td><td>Процедура выполнена неправильно в связи с несоблюдением времени постановки горчичников</td></tr></table>Пациент чувствует себя комфортно</td></tr>
<tr><td>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</td><td>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</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 2

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, схематические 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 по [1].

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

Т а б л и ц а 3 – ТПМУМСУ «Постановка банок»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	При постановке банок необходимо соблюдать правила противопожарной безопасности: исключить контакт кожи пациента и постельного белья с источником открытого огня; использовать достаточно плотный фитиль, исключающий ожог пациента вследствие отрыва горящей ваты; горючее вещество, которым смочен фитиль, не должно капать с него. До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с использованием мыла или антисептика

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Медицинские банки. Шпатель. Корнцанг.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	
5.5 Лекарственные средства	Отсутствуют. Этиловый спирт 96 %-ный. Вазелин.
5.6 Прочий расходный материал	Дезинфицирующее средство. Полотенце или пеленка. Вата. Спички. Емкость с водой. Ящик для банок. Часы. Станок для бритья (при необходимости). Емкость для дезинфекции
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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.

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки банок	2) Убедиться в целости 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) Удержать 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) Накрыть поверхность банок полотенцем или пеленкой, а сверху накрыть больного одеялом. 10) Через 3-5 мин проконтролировать эффектив-

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки банок	ность 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, продензифицировать 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 исполь-

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	зования 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 разряжение до 0,05 МПа. При этом этапы 10-15 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. -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	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

Продолжение таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	увеличению количества выходящих в интерстиций нейтрофилов и макрофагов, которые утилизируют продукты воспаления и стимулируют репаративную регенерацию тканей. Разрыв капилляров в месте постановки приводит к образованию гематомы, вследствие аутолиза которой активизируется биосинтез собственных, в том числе иммунокомпетентных, белков организма. Раздражение рефлекторных зон кожи приводит, вследствие возникающих кожно-висцеральных рефлексов, к увеличению кровоснабжения внутренних органов, сегментарно связанных с данной областью воздействия
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, 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги

Окончание таблицы 3

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 4 – ТПМУМСУ «Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 5.6 Прочий расходный материал	 Кушетка медицинская. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Антисептик для обработки кожи. Клеенка. Перчатки нестерильные. Салфетки марлевые нестерильные. Салфетки марлевые стерильные. Средство для бритья (крем, пенка). Бритвенный станок однократного применения. Емкость для утилизации волос. Клеенчатый фартук. Машинка для стрижки волос (при необходимости). Ширма. Станок для бритья одноразовый (при необходимости)
6 Характеристика выполнения методики простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	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 (пригласить пациента в специально отведенное помещение или установить ширму). 3) Подготовить необходимое оснащение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	5) Помочь пациенту раздеться и принять необходимое положение (лежа на спине, животе, сидя на стуле). При необходимости подстелить под площадь обрабатываемой кожи клеенку. 6) Надеть нестерильные перчатки и клеенчатый фартук. 7) Оценить состояние кожных покровов в области операционного вмешательства или раневого участка (наличие повреждений, высыпаний, новообразований и признаков инфекции или инфицирования). 8) Определить границы бритья с учетом возможного расширения операционного доступа. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу пациента кожным антисептиком, разрешенным к применению. 2) Убедиться, что кожные покровы 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.

Продолжение таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм бритья кожи предоперационного или поврежденного участка	4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Необходимо использовать щадящую, бережную технику бритья. Принимать меры для соблюдения приватности. При подготовке пациента к хирургическому вмешательству на голове использовать машинку для стрижки волос. При наличии длинного волосяного покрова на груди, животе, спине и конечностях рекомендуется сначала использовать ножницы, а потом станок. При подготовке операционного поля плановых пациентов использовать депиляционные средства (крем, пенка)
8 Достигаемые результаты и их оценка.	Качественная и своевременная подготовка операционного поля. Отсутствуют повреждения кожи
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 4

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

8 Технология выполнения простой медицинской услуги «Постановка пиявок»

Технология постановки пиявок входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.05.001 по [1].

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

Т а б л и ц а 5 – ТПМУМСУ «Постановка пиявок»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело», «акушерское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пинцет анатомический. Банка медицинская или пробирка. Лоток. Контейнер для дезинфекции и утилизации.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Спирт 70 %-ный. Раствор перекиси водорода 3 %-ный. Спиртовый йодный раствор 5 %-ный. Стерильный раствор глюкозы 40 %-ный. Нашатырный спирт.
5.6 Прочий расходный материал	Шесть-восемь подвижных медицинских пиявок. Вата. Бинт. Лейкопластырь. Клеенка или одноразовая пеленка. Гемостатическая губка. Перчатки нестерильные. Ножницы. Часы. Ватные шарики. Стерильные салфетки. Ватно-марлевые тампоны. Емкость для воды. Пузырь со льдом
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм постановки пиявок	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться,

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки пиявок	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 клеёнку при необходимости или пеленку одноразовую под предполагаемую область. 6) Надеть перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Обработать кожу (место, постановки пиявок) вначале 70 %-ным спиртом (большим 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 присосётся, в ее передней части появится волнообразное движение). 5) Положить салфетку под заднюю присоску.

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки пиявок	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 её 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 %-ного 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 ёмкость для дезинфекции. 8) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 9) Уточнить у пациента его самочувствие. 10) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Если повязка промокла, снять верхние слои повязки и наложить новый слой асептической ватно-марлевой повязки. Повязку через 24 ч снять или

Продолжение таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	сменить. Во время процедуры наблюдать за активностью пиявок: если не движутся, слегка провести по ее 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. Места постановки пиявок: область сосцевидных отростков, область правого подреберья, левая половина грудной клетки, в шахматном порядке вдоль пораженной вены, копчик, височная область. Пиявки используются однократно
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно во время наложения и после снятия пиявок
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 5

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 3,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 6 – ТПМУМСУ «Уход за полостью рта больного в условиях реанимации и интенсивной терапии»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	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 за больными Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Лоток. Корнцанг. Пинцет. Вакуумный электроотсос.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Антисептический раствор для обработки полости рта пациента. Стерильный глицерин. Вазелин или масляный раствор витамина Е.
5.6 Прочий расходный материал	Чистое полотенце. Тампоны для обработки полости рта. Стерильные марлевые салфетки. Шпатель. Перчатки нестерильные. Одноразовая зубная щетка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за полостью рта	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. 8) Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). III Завершение процедуры: 1) Убрать полотенце. Разместить пациента в удобном

Продолжение таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за полостью рта	положении. 2) Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта. Отсутствие патологических изменений слизистых полости рта
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 (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 6

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. 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 – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 7 – ТПМУМСУ «Уход за респираторным трактом в условиях искусственной вентиляции легких»

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/ кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Транспортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Функциональная кровать. Манипуляционный столик. Аппарат для аспирации (стационарный или портативный) или электроотсос. Катетер стерильный аспирационный с вакуум-контролем, длина 60 см. Катетер стерильный аспирационный. Роторасширитель. Языкодержатель. Зажим. Пинцет стерильный. Шприц 20 мл. Шприц 10 мл.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Спирт этиловый 70 %-ный. Стерильный раствор натрия хлорида 0,9 %-ный. Вазелиновое масло.
5.6 Прочий расходуемый материал	Стерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Маска. Очки защитные. Фартук. Шпатель стерильный
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	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.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	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 %-м 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.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	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 расходуемые 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.

Продолжение таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за респираторным трактом	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 медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Санацию проводят до полного восстановления дыхательных путей. Катетер используется однократно. Для лучшей эвакуации мокроты ввести 1-2 мл физиологического раствора. При наличии густой, вязкой мокроты и обструкции мелких бронхов, провести лаваж. Не проводить отсасывание более 10-15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом. Содержимое каждого из носовых ходов и ротоглотки аспирировать разными катетерами. Для открытия рта использовать роторасширитель, для отведения языка – языкодержатель, для отведения щек – шпатель. Для обработки полости рта стерильным физиологическим раствором использовать стерильные марлевые тампоны, пинцет и зажим
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отмечается восстановление проходимости дыхательных путей: -отсутствие хлюпающих звуков из трубки при дыхании; -проведение легочного звука по всем легочным полям при аускультации; У пациента отсутствуют инфекции дыхательных путей.
8 Достигаемые результаты и их	Пациент может свободно дышать через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомической трубки без видимых

Продолжение таблицы 7

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>оценка</td><td>изменений.

<table><tr><td>Частота дыхания</td><td>Оценка результатов</td></tr><tr><td>14-20</td><td>норма</td></tr><tr><td>Уменьшение сопротивления на вдохе не более 10-15 мм вод.ст.</td><td>норма</td></tr><tr><td>Сатурация кислорода не ниже 94 % - 96 %</td><td>норма</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</td><td>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</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 7

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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. Уменьшение сроков пребывания пациента на искусственной вентиляции легких. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
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	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

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 по [1].

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

Т а б л и ц а 8 – ТПМУМСУ «Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного 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)».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц на 150 мл (шприц Жане). Фонендоскоп. Вакуумный отсасыватель. Лоток. Зонд назогастральный.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Глицерин. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания.
5.6 Прочий расходуемый материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для промывания катетера. Пластырь. Шпатель
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным 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:

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером	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 куб. см (10 куб. см 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, 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 жидкость. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2) Продезинфицировать 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.

Продолжение таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером	5) Уточнить у пациента его самочувствие (если он в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Промывание зонда нужно проводить с приподнятым головным концом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. Проходимость зонда
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
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

Окончание таблицы 8

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 9 – ТПМУМСУ «Уход за сосудистым катетером»

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. До проведения процедуры надеть медицинскую шапочку и маску. Использовать перчатки во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Столик манипуляционный. Лоток. Стерильный пинцет. Одноразовый шприц объемом 10 $см^3$ (10 мл). Одноразовые стерильные заглушки (по количеству просветов катетера). 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	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 пеленка.

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6 Прочий расходный материал	Стерильная прозрачная повязка или стерильная прозрачная повязка, содержащая хлоргексидин. Пластырь. Стерильные перчатки. Маска. Медицинская шапочка
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	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) 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, дождаться полного высыхания антисептика. 8) Надеть стерильные перчатки. II Выполнение процедуры: 1) Осмотреть место входа катетера в кожу сквозь

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	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, желательно, 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 пеленку. 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

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки	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 медицинскую документацию.
6.2 Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/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, дождаться полного высыхания антисептика.

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера	8) Надеть стерильные перчатки. 9) Набрать в шприц объем 10 $см^3$ 5 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ный. В случае постановки «гепаринового замка» при ЦВК дополнительно подготовить шприц объемом 10 $см^3$ с гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл раствора натрия хлорида 0,9 %-ного - т.е. 50 ЕД/1 мл) в объеме, равному внутреннему объему внутривенного катетера. В педиатрии расчет дозы гепаринизированного раствор индивидуален. При ПВК «гепариновый замок» без назначения врача не рекомендуется. II Выполнение процедуры: 1) Закрыть 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 $см^3$ с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл) и потянув его на себя. 4) Для того чтобы убедиться, что проходимость катетера не нарушена: присоедините новый шприц объемом 10 $см^3$ с раствором натрия хлорида 0,9 %-ным (5 мл), открыть зажим и потянуть легко поршень на себя (появилась кровь), ввести содержи-

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным/периферическим) - промывание катетера	мое шприца, закрыть зажим. В случае затруднении прохождения раствора при нажатии на поршень организовать вызов врача. 5) Для постановки «гепаринового замка» соединить шприц объемом 10 $см^3$ 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 антисептики – 15 вращательных движений. 7) Закрыть 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 медицинскую документацию.
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 информи-

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки	рованного 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 размещённым 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, дождаться 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, желательно, 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 об-

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм ухода за сосудистым катетером (периферическим) - смена повязки	рабатывать 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 медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения мето-	При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
дики	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 оказании 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 рекоменуется 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

Продолжение таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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 раза 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 % 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», проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается
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 врачом, медсестрой, фельдшером, или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. 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

Окончание таблицы 9

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 10 – ТПМУМСУ «Пособие при гастростомах»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 10

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

Продолжение таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при гастростоме	быть подогрета до 38 ^{0}С - 40 ^{0}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 гастростому 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 кипяченой водой. 6) Закрыть 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.

Продолжение таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при гастростоме	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 ёмкость для дезинфекции. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
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
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 (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не

Продолжение таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	требуется

Окончание таблицы 10

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

14 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход назогастральным зондом»

Технология ухода назогастральным зондом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.16.002 по [1].

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

Т а б л и ц а 11 – ТПМУМСУ «Уход за назогастральным зондом»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного 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)». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные

Продолжение таблицы 11

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Физиологический раствор или специальный раствор для промывания емкостью 500 или 1000 мл. Вазелин.
5.6 Прочий расходный материал	Нестерильные перчатки. Стерильные марлевые салфетки. Пластырь. Емкость для промывания
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом	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.

Продолжение таблицы 11

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом	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 куб. см (10 куб. см 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, 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 жидкость. III Окончание процедуры: 1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2) Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфектантом или антисептиком. 3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для

Продолжение таблицы 11

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за назогастральным зондом	дезинфекции 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о самочувствии (если пациент в сознании). 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны слизистых оболочек носа. При кормлении пища свободно проходит по зонду. Пациент не испытывает дискомфорт. Зонд фиксирован. Свободный конец зонда изолирован от внешней среды
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 (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

Окончание таблицы 11

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

15 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пособие при илеостоме»

Технология пособия при илеостоме входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.17.001 по [1].

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

Т а б л и ц а 12 – ТПМУМСУ «Пособие при илеостоме»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлиническое

Продолжение таблицы 12

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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).
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Полотенце или простыня. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Зажим для мешка. Емкость для воды Пластырь. Перчатки нестерильные. Мешок для использованного белья. Ведро
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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 про-

Продолжение таблицы 12

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при илеостоме	стыней или пелёнкой 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 неё 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, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изьязвления. 4) Наложить оклюзионное 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 калоприем-

Продолжение таблицы 12

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ника, 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 пеленку, 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 способом, осушить. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или 1/3 объема, в противном случае может нарушится герметичность стыка вокруг стомы
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно. Кожа вокруг стомы без видимых изменений
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 12

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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, схематические и табличное представление технологий выполнения простых меди	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

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 по [1].

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

Т а б л и ц а 13 – ТПМУМСУ «Пособие при стомах толстого кишечника»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические Санаторно-курортное

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Калоприемник. Зонд кишечный №18 (стерильный) для промывания стомы. Ирригационный рукав для промывания стомы. Штатив для внутривенного вливания. Ирригационный контейнер.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Антисептик для обработки поля вокруг стомы. Вазелиновое масло. Барьерное средство для защиты кожи (например, салицилово-цинковая паста, паста Стомагезив).
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики). Салфетки. Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические). Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья. Полотенце. Простыня. Дезодорант для мешка стомы. Туалетная бумага. Одноразовые полиэтиленовые пакеты. Трафарет и ножницы. Измеритель со стандартными отверстиями. Карандаш или ручка

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	Зажим для мешка. Емкость для воды. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ширма
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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 конфедициальности - поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование. 6) Обернуть пациента простыней или пелёнкой 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 стандарт-

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника	ными 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

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пособия при стомах толстого кишечника	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 её 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. Продезинфецировать и утилизировать использованный материал. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	3) Уточнить у пациента его самочувствие. 4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.
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 конфидициальности, если процедура проходит в положение 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 в использованный калоприемник в мешок. 10) Вымыть кожу в области колостомы, как при замене калопремника. 11) Обработать перчатки антисептическим раствором.

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм промывания колостомы	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 течении 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 ёмкость 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 медицинскую документацию.

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 конфидициальности, если процедура проходит в положение 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: вперёд и назад. 3) Обработать кожу вокруг стомы. 4) 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 медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения мето-	Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой.

Продолжение таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
дики	Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на ½ или 1/3 объёма, в противном случае может нарушится герметичность стыка вокруг стомы
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациента чувствует себя комфортно
9 Особенности добровольно 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 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.
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 медицинской сестры – 2.0

Окончание таблицы 13

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

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 по [1].

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

Т а б л и ц а 14 – ТПМУМСУ «Пособие при дефекации тяжелого больного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 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 под контролем среднего медицинского работника указанных выше специальностей. Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно.
5.2 Реактивы	
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Отсутствуют.
5.6 Прочий расходный материал	Клеенка.
	Туалетная бумага.
	Ширма.
	Емкость с водой.
	Мыло.
	Нестерильные перчатки.
	Ширма
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно.	
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).

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения процедуры	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 клеёнку 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

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения процедуры	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). 9) Помощник ставит чистое судно, помогает пациенту повернуться на спину так, чтобы промежность его оказалась на судне. Подмыть пациента и тщательно осушить промежность. 10) Переместить пациента на спину. Подмыть его (ее). Тщательно осушить промежность. 11) Убрать судно и клеенку. III Окончание процедуры: 1) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал 2) Обеспечить пациенту возможность вымыть руки или протереть их антисептическим раствором. 3) Укрыть пациента одеялом, придать ему удобное положение. 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или прибегнуть к помощи помощника из числа младшего медицинского персонала или родственника пациента

Продолжение таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
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 – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют

Окончание таблицы 14

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 15 – ТПМУМСУ «Постановка очистительной клизмы»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний Диагностика заболеваний

Продолжение таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кружка Эсмарха. Соединительная трубка. Зажим. Ректальный наконечник стерильный. Водный термометр. Судно (при необходимости).
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Вазелин.
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Фартук клеенчатый. Клеенка. Штатив. Таз. Пеленка. Емкость для утилизации и дезинфекции. Шпатель. Ширма (при необходимости)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм постановки очистительной клизмы	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 фартук и перчатки.

Продолжение таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм постановки очистительной клизмы	4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом. 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры. 6) Заполнить систему водой. 7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть. 8) Смазать наконечник вазелином. II Выполнение процедуры: 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. 2) Выпустить воздух из системы. 3) Развести одной рукой ягодицы пациента. 4) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку. 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 извлеките 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.

Продолжение таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	8) Сделать соответствующую запись о результатах процедуры в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Процедура проводится в отдельном помещении (клизменной). Если процедура проводится в палате, то необходимо оградить пациента ширмой и обеспечить ему условия комфорта. Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорожденному до 10-12 см взрослому. Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому. При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Температура воды для постановки клизмы: при атонических запорах – 16 ^{0}C - 20 ^{0}C при спастических запорах – 37 ^{0}C - 38 ^{0}C в остальных случаях – 23 ^{0}C - 25 ^{0}C
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента происходит освобождение нижнего отдела толстого кишечника от каловых масс
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 15

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Удовлетворительное состояние пациента
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

19 Технология выполнения простой медицинской услуги «Удаление копролита»

Технология удаления копролита входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.19.004 по [1].

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

Т а б л и ц а 16 – ТПМУМСУ «Удаление копролита»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Глицерин или другое средство для смазки, растворимое в воде.
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Ширма. Клеенка. Пеленка. Емкость с теплой водой. Салфетки. Полотенце. Простыня
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: 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 бок (как ему удобно) с согнутыми коленями.

Продолжение таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения удаления копролита	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 ягодицы, укрыть пациента простыней. 2) Опорожнить подкладное судно, поместить перчатки в емкость для дезинфекции. Вымыть руки с использованием мыла или антисептика.

Продолжение таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения удаления копролита	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
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Перед началом проведения процедуры необходимо измерить артериальное давление, частоту и ритм пульса. Для удаления копролита у маленьких детей необходимо использовать мизинец рабочей руки
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента восстанавливается нормальный режим опорожнения кишечника в течение 24 ч. Пациент говорит об облегчении боли в течение 1 ч
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 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

Окончание таблицы 16

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 6,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 9,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

20 Технология выполнения простой медицинской услуги «Спринцевание влагалища»

Технология спринцевания влагалища входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.20.001 по [1].

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

Т а б л и ц а 17 – ТПМУМСУ «Спринцевание влагалища»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр).
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Санаторно-курортные

Продолжение таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Кресло гинекологическое. Корнцанг. Пинцет. Штатив для подвешивания кружки Эсмарха. Кружка Эсмарха. Стерильный влагалищный наконечник.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	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 спринцевания влагалища	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 ^{0}С - 37 ^{0}С (или 38 ^{0}С - 39 ^{0}С по назначению врача). 4) Присоединить к трубке стерильный влагалищ-

Продолжение таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм спринцевания влагалища	ный 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 пациентки 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, осу-

Продолжение таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм спринцевания влагалища	шить. 7) Уточнить у пациентки ее самочувствие. 8) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В случае выполнения спринцевания раствором температурой 38 ^{0}С - 39 ^{0}С, по окончании процедуры наружные половые органы следует смазать вазелином. При использовании лекарственных растворов, попросить пациентку в течение 15-20 мин сохранять горизонтальное положение. 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
8 Достигаемые результаты и их оценка	Путем механического промывания достигается очищение влагалища; местное воздействие лекарственных веществ на слизистую оболочку влагалища используется в терапевтических целях
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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 молочно-кислого брожения, что в некоторой степени изменяет нормальную микрофлору влагалища. Письменного информированного согласия на проведение процедуры не требуется

Окончание таблицы 17

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

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 по [1].

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

Т а б л и ц а 18 – ТПМУМСУ «Пособие при мочеиспускании тяжелого больного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	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 в сопровождении среднего медицинского работника указанных выше специальностей.
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 18

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Подкладное судно (для женщин) или мочеприемник (для мужчин).
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Отсутствуют.
5.6 Прочий расходуемый материал	Нестерильные перчатки. Лоток. Ширма. Клеенка. Чистые салфетки. Емкость с теплой водой
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.

Продолжение таблицы 18

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	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.

Продолжение таблицы 18

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения простой медицинской услуги	6) Уточнить у пациента его самочувствие. 7) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Помощь пациенту в использовании судна должны оказывать два медицинских работника или необходимо прибегнуть к помощи родственника пациента. Если пациент в состоянии помочь медицинскому работнику, то оказать помощь в использовании судна или мочеприемника может оказать и один медицинский работник
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент чувствует себя комфортно
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
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

Окончание таблицы 18

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 19 – ТПМУМСУ «Уход за постоянным мочевым катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 19

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Шприц одноразовый на 10 мл. Катетер мочевой одноразовые стерильные с дополнительным отведением для промывания мочевого пузыря. Стерильный мочеприемник.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Стерильный раствор борной кислоты. Мазь гентамициновая. Барьерное средство для защиты кожи.
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Адсорбирующая пеленка. Стерильные ватные или марлевые шарики. Стерильные марлевые салфетки. Емкость для воды. Лейкопластырь

Продолжение таблицы 19

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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.

Продолжение таблицы 19

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

Окончание таблицы 19

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 20 – ТПМУМСУ «Уход за внешним мочевым катетером»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
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 расходуемый материал	Нестерильные перчатки. Емкость для сбора выделяемой мочи с канюлей. Емкость для воды. Застежка-«липучка» или резинка. Марлевые салфетки. Адсорбирующая пеленка
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.

Продолжение таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за внешним катетером	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, осу-

Продолжение таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за внешним катетером	шить. 5) Уточнить у пациента его самочувствие. 6) Сделать запись о результатах выполнения в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Отсутствуют
8 Достигаемые 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

Окончание таблицы 20

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 21 – ТПМУМСУ «Перемещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	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 5.6 Прочий расходный материал	 Функциональная кровать. Оборудование для придания нужного положения (валики, подушки). Простыни для переворачивания. Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Отсутствуют Нестерильные перчатки.
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)

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	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 друг 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.

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	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 находись 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 середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела. 11) Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	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

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм перемещения тяжелобольного в постели	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. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку. III. Окончание процедуры: 1) Убедиться, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни кровати. 2) Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите 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 самочувствие. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в

Продолжение таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. При перемещении пациента соблюдать биомеханику тела
8 Достигаемые результаты и их оценка	У пациента отсутствуют признаки физических травм, таких, как свежие синяки, ссадины и повреждения костной системы после перемещения
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 (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
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). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 21

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 1,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 22 – ТПМУМСУ «Размещение тяжелобольного в постели»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учебного 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).
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним – двумя помощниками. Желательно наличие приспособлений для подъема пациента. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	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 5.6 Прочий расходный материал	 Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. 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:

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	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 поддерживания стоп под углом 90°. 8) Положить под предплечья небольшие подушки. б) Размещение пациента с гемиплегией в положении 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,

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	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° и положить его на подушку. 8) Обеспечить упор для стоп под углом 90°. в) Размещение пациента в положении Фаулера (выполняется одним медицинским работником) 1) Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки. 2) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (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 при-

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	подняты 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°. г) Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера 1) Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (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°. д) Размещение пациента в положении на боку (выполняется одним медицинским работником, па-

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	циент 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.

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	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 положении 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.

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в 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 положении 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 подло-

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм размещения тяжелобольного в постели	жить 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 положении 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 положите 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 выполнен-

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	ной 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

Продолжение таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
8 Достигаемые результаты и их оценка	Кожа пациента теплая, сухая. Повреждения и изменения цвета в точках давления отсутствуют. Пациент чувствует себя комфортно
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 (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
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). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 4,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют

Окончание таблицы 22

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 по [1].

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

Т а б л и ц а 23 – ТПМУМСУ «Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по всем специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Специально обученный персонал, не имеющий медицинского образования, в сопровождении медицинского работника.
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	Выполнение транспортировки: На каталке осуществляют не менее двух медицинских работников. На носилках – не менее четырех медицинских работников

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Транспортные
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка. Одеяло. Подушка. Простыня. Клеенка с пеленкой – при необходимости.
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	Отсутствуют
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: Способ транспортировки тяжелобольного внутри учреждения определяет врач.	
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.

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	3) Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние. 4) Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости). II. Выполнение транспортировки: а) Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками) 1) Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровать 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 осу-

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на каталке (носилках)	ществляться 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 о его самочувствии. 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.

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	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 транспорти-

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм транспортировки тяжелобольного внутри учреждения на функциональном кресле-каталке	ровать 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. 6) Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7) Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу. 8) Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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 невозможно-

Продолжение таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	сти 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 непроизвольно расслабиться. При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка. Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела
8 Достигаемые результаты и их оценка	Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Пациент своевременно транспортирован в соответствующее отделение Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Окончание таблицы 23

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 3,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 24.

Т а б л и ц а 24 – ТПМУМСУ «Кормление тяжелобольного через рот и назогастральный зонд»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические	Стационарные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Фонендоскоп. Система для непрерывного режима зондового кормления. Шприц объемом 20-50 мл. Зажим хирургический.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Изотонический раствор хлорида натрия.
5.6 Прочий расходный материал	Салфетка. Лейкопластырь. Перчатки нестерильные. Воронка. Часы. Комплект столовой посуды, в соответствии с выбранным режимом кормления
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	I Подготовка к процедуре: 1) Идентифицировать пациента, представиться (если пациент в сознании), проинформировать о предстоящем кормлении, составе и объеме пищи, методе кормления. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки (если кормление будет осуществляться через назогастральный зонд). 3) Подготовить питательный раствор; подогреть его до температуры 30 ^{0}C – 35 ^{0}C. II Выполнение процедуры:

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	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 про-

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	полоскать 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 минут 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 $см^3$ к дисталь-

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	ному 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 $см^3$ воздуха и ввести воздух внутрь, одновременно аускультируя 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.

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм кормления тяжелобольного через рот и назогастральный зонд	7) Каждые 3 часа 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 перемежающимся (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. III. Окончание процедуры. 1) Аускультировать перистальтические шумы во всех квадрантах живота. 2) Обработать ротовую полость, вытереть лицо пациента от загрязнений. 3) Подвергнуть дезинфекции использованный материал. 4) Снять перчатки, обработать руки гигиеническим

Продолжение таблицы 24

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	способом, осушить. 5) Уточнить у пациента о его самочувствии. 6) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При использовании для зондового питания инфузионных насосов настройка и порядок работы с последними определяются инструкцией к аппарату. Используемый инвентарь в части видов посуды и ортопедических (протезных приспособлений) может варьироваться в соответствии с назначениями специалиста по восстановительной медицине. Недоношенным детям, выхаживаемым в кювезе, а также травмированным вертикальное положение не придается
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент получает достаточное количество сбалансированного питания с учетом рекомендаций лечащего врача
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 24

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей. 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, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 25.

Т а б л и ц а 25 – ТПМУМСУ «Приготовление и смена белья тяжелобольному»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	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».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинского персонала или родственников пациента
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические

Продолжение таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	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 5.6 Прочий расходный материал	 Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Комплект чистого белья. Мешок для грязного белья. Пеленка. Перчатки нестерильные
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.

Продолжение таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному	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 пеленку. 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 положить ее в мешок для белья. 9) Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели. 10) Надеть чистый пододеяльник на одеяло. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. 11) Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья. III Окончание процедуры: 1) Удобно расположить пациента в постели. Осторожно поместить подушку обратно. 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 результатах выполнения в медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения мето-	В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катете-

Продолжение таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
дики	ров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с одним-двумя помощниками. При этом головной конец и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент лежит на чистом белье
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 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
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 – 1,0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0.

Окончание таблицы 25

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 26.

Т а б л и ц а 26 – ТПМУМСУ «Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	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».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры. При выполнении данной услуги может использоваться помощник из числа медицинских работников или родственников пациента
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные

Продолжение таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	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 5.6 Прочий расходный материал	 Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Отсутствуют. Перчатки нестерильные. Комплект чистого нательного белья. Комплект чистой одежды для пациента. Непромокаемый мешок для грязного белья. Клеенчатый фартук
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

Продолжение таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному	одна руки 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 медицинскую документацию
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	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,

Продолжение таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении). 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
8 Достигаемые результаты и их оценка	Пациент одет в чистое белье
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 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
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

Окончание таблицы 26

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 3,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

30 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»

Технология ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.007 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 27.

Т а б л и ц а 27 – ТПМУМСУ «Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	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.
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Судно. Зажим (корнцанг или пинцет). Водный термометр.
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	Нестерильные перчатки. Клеёнка. Салфетки марлевые (тампоны). Фартук клеёнчатый. Емкость для воды. Мыльный раствор. Ширма (если процедура выполняется в общей палате)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
6.1 Алгоритм выполнения манипуляции	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:

Продолжение таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения манипуляции	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 последовательности. 6) Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции. III Окончание процедуры: 1) Убрать судно, клеенку. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Уложить пациента (ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом. 4) Уточнить у пациента его самочувствие. 5) Подвергнуть использованный материал, в том

Продолжение таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм выполнения манипуляции	числе и перчатки, дезинфекции. 6) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении – присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом
8 Достигаемые результаты и их оценка	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Опрелостей нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги
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 (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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется

Окончание таблицы 27

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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. Отсутствие осложнений во время и после процедуры
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 28.

Т а б л и ц а 28 – ТПМУМСУ «Уход за пупочной ранкой новорожденного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 28

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильная пипетка. Стерильный пинцет. Лоток.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	3 %-ный раствор перекиси водорода – 50 мл. 70 %-ный этиловый спирт – 10 мл. Антисептик для обработки пупочной ранки. Дезинфицирующее средство.
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные ватные палочки. Мыло. Стерильные ватные шарики. Нестерильные перчатки. Стерильные перчатки. Ветошь. Стерильный халат. Стерильные марлевые салфетки
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги	
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.

Продолжение таблицы 28

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорожденного	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 кнаружи). 5) Другим ватным тампоном, смоченным в антисептике, обработать только ранку, не касаясь кожи. III Окончание процедуры: 1) Использованные материалы и перчатки подвергнуть дезинфекции. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Запеленать ребенка. 4) Рабочую поверхность столика обработать дезинфектантом. 5) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Обязательное условие: при обработки пупочной ранки обязательно растягивать ее края (даже при образовавшейся корочке)
8 Достигаемые результаты и их оценка	Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны пупочной ранки новорожденного

Окончание таблицы 28

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи:	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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. 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, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

32 Технология выполнения простой медицинской услуги «Пеленание новорожденного»

Технология пеленания новорожденного входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.009 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 29.

Т а б л и ц а 29 – ТПМУМСУ «Пеленание новорожденного»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу 1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги 1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	 Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала 2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Профилактика заболеваний

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Пеленальный столик с матрацем.
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	а) Пеленание новорожденного в родовспомогательном учреждении П р и м е ч а н и е – Способы пеленания новорожденного приведены в приложении Б (Рисунки Б.1 – Б.4. I Подготовка к пеленанию: 1) Обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть фартук. 2) Проверить дату стерилизации пеленок, вскрыть стерильный мешок для пеленания. 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 мож-

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	но использовать подгузники (например, «Памперс», «Либеро», «Хаггис» и др.). 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. 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)

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	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. 6) Первой пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание.

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	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: 1-ю фланелевую, 2-ю ситцевую, 3-ю пеленку ситцевую, 4-ю 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 4-ю пеленку (подгузник) между ног ребенка, ее верхний край разместить в подмышечной области с одной стороны. 5) Из 3-й пеленки сделать «штанишки». Для этого провести верхний край 3-й 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) 2-ю пеленку закрепить сверху, как 3-ю, нижний край проложить между стоп ребенка. 7) 1-й пеленкой зафиксировать все предыдущие слои и закрепить пеленание.

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм пеленания новорожденного	III Окончание процедуры: 1) Уложить ребенка в кроватку. 2) Провести мероприятия по обработке и дезинфекции использованного оснащения. 3) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 4) Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При недостаточной температуре воздуха в палате необходимо использовать дополнительно одну – две пеленки, сложенные вчетверо и размещенные «ромбом» после второй или третьей пеленки. Перед кормлением для предупреждения контакта пеленок новорожденного с постельным бельем матери необходимо использовать еще 1 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
8 Достигаемые результаты и их оценка	Новорожденный ухожен, не показывает признаков беспокойства
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не

Продолжение таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	требуется

Окончание таблицы 29

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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). Удовлетворенность матери новорожденного качеством предоставленной медицинской услуги. Отсутствие отклонений от алгоритма технологии
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 0,5
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Схематическое представление способов пеленания новорожденного приведены в приложении Б (Рисунки Б.1 – Б.4).
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Отсутствуют

33 Технология выполнения простой медицинской услуги «Уход за дренажом»

Технология ухода за дренажом входит в ТПМУМСУ и имеет код А14.31.010 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 30.

Т а б л и ц а 30 – ТПМУМСУ «Уход за дренажом»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные Амбулаторно-поликлинические
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Лечение заболеваний

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5 Материальные ресурсы	
5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стол перевязочный (при выполнении манипуляции в положении лежа). Фонендоскоп. Система для дренирования грудной клетки. Аппарат для отсоса (монтируемый на стену или портативный). Мини- спайк (фильтр-пробка) для флакона. Пластырь шириной 5 см. Емкость для сбора извлекаемой жидкости (аппарат Боброва, одноразовый контейнер, система по Бюлау). Зажим. Пинцет. Стерильные ножницы. Стерильный шпатель. Лоток. Патентованная клеевая повязка.
5.2 Реактивы	Отсутствуют.
5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют.
5.4 Продукты крови	Отсутствуют.
5.5 Лекарственные средства	Антисептик для промывания дренажа. 70 %-ный этиловый спирт – 5 мл. Стерильный физиологический раствор 0.9 %-ный - 500 мл. Стерильный гипертонический раствор. Повидон-йод. Перекись водорода 3 %-ная.
5.6 Прочий расходный материал	Перчатки нестерильные. Пластырь шириной 5 см

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
5.6 Прочий расходный материал	Стерильные перчатки. Салфетки стерильные. Бинт. Фартук. Маска. Полотенце. Секундомер или часы с секундомером. Шпатель. Стул (при выполнении манипуляции в положении сидя)
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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:

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм ухода за дренажом	-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 врачам 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

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой	форт 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:

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.2 Алгоритм ухода за плевральной дренажной трубкой	«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 ёмкость 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

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной	выполнения в медицинскую документацию. 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).

Продолжение таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной	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 ёмкость для дезинфекции. 2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3) Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемо-

Продолжение таблицы 30

<table>
<tr><th>Содержание требования, условия</th><th>Требования по реализации, алгоритм выполнения</th></tr>
<tr><td>6.3 Алгоритм ухода за дренажом и раной</td><td>сти.
4) Уточнить у пациента его самочувствие.
5) Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры.</td></tr>
<tr><td>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</td><td>Отсутствуют</td></tr>
<tr><td>8 Достигаемые результаты и их оценка</td><td>Самостоятельное дыхание пациента не затруднено. Частота дыхания в пределах нормы.
<table>
<tr><td>Частота дыхания</td><td>Оценка результатов</td></tr>
<tr><td>20-21</td><td>Норма</td></tr>
<tr><td>Менее 17</td><td>Брадипное</td></tr>
<tr><td>Более 22</td><td>Тахипоное</td></tr>
</table>
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</td></tr>
<tr><td>9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</td><td>Пациента или его родителей/законные представители (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.
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</td></tr>
</table>

Окончание таблицы 30

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры. 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, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют
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 по [1].

Содержание требований, условия выполнения, требования по реализации и алгоритм выполнения технологии приведены в таблице 31.

Т а б л и ц а 31 – ТПМУМСУ «Оценка интенсивности боли»

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
1 Требования к специалистам и вспомогательному персоналу	
1.1 Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело». Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», направление подготовки «сестринское дело (бакалавр)».
1.2 Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2 Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1 Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
3 Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические Стационарные Транспортные
4 Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностика заболеваний

Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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	Визуально-аналоговая шкала оценки боли. Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома. Вербально-рейтинговая шкала оценки боли. Числовая шкала оценки боли. Комбинированная шкала оценки боли
6 Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги 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,

Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм оценки интенсивности боли	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-бальной 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-бальной 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.

Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
6.1 Алгоритм оценки интенсивности боли	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 медицинскую документацию. 4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли)
7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилл (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обяза-

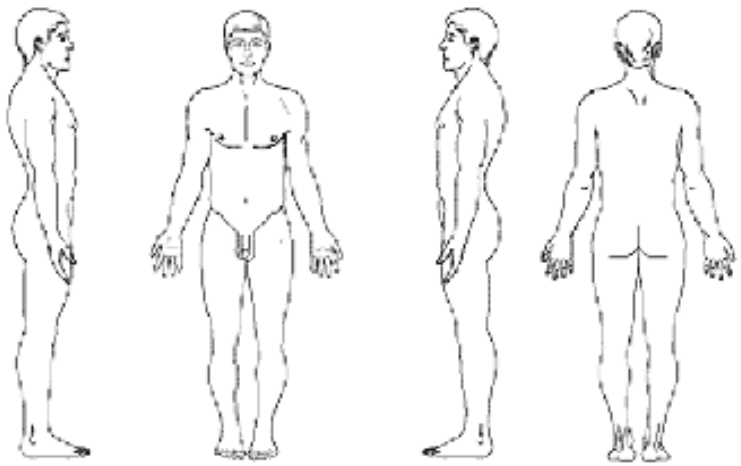
Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
	тельно 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 Достигаемые результаты и их оценка	Уровень боли пациента объективно оценен в соответствии с приведенными методиками

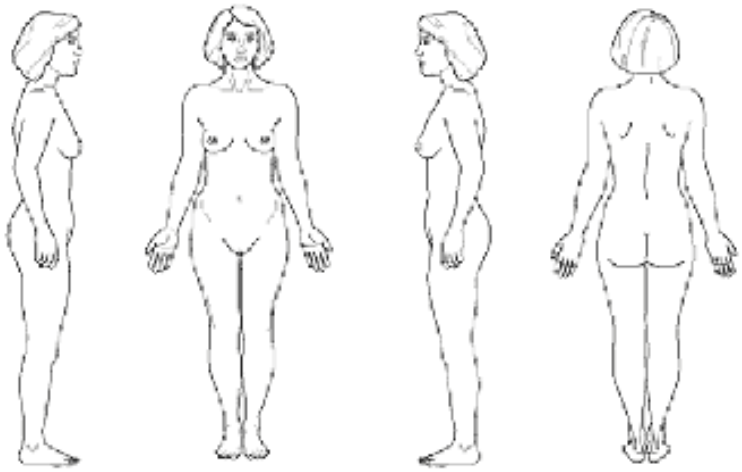
Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
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 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 – 1,0. Коэффициент УЕТ м/с – 0
12 Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствуют

Продолжение таблицы 31

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	1 образец визуально-аналоговой шкалы 2 образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике 3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома 

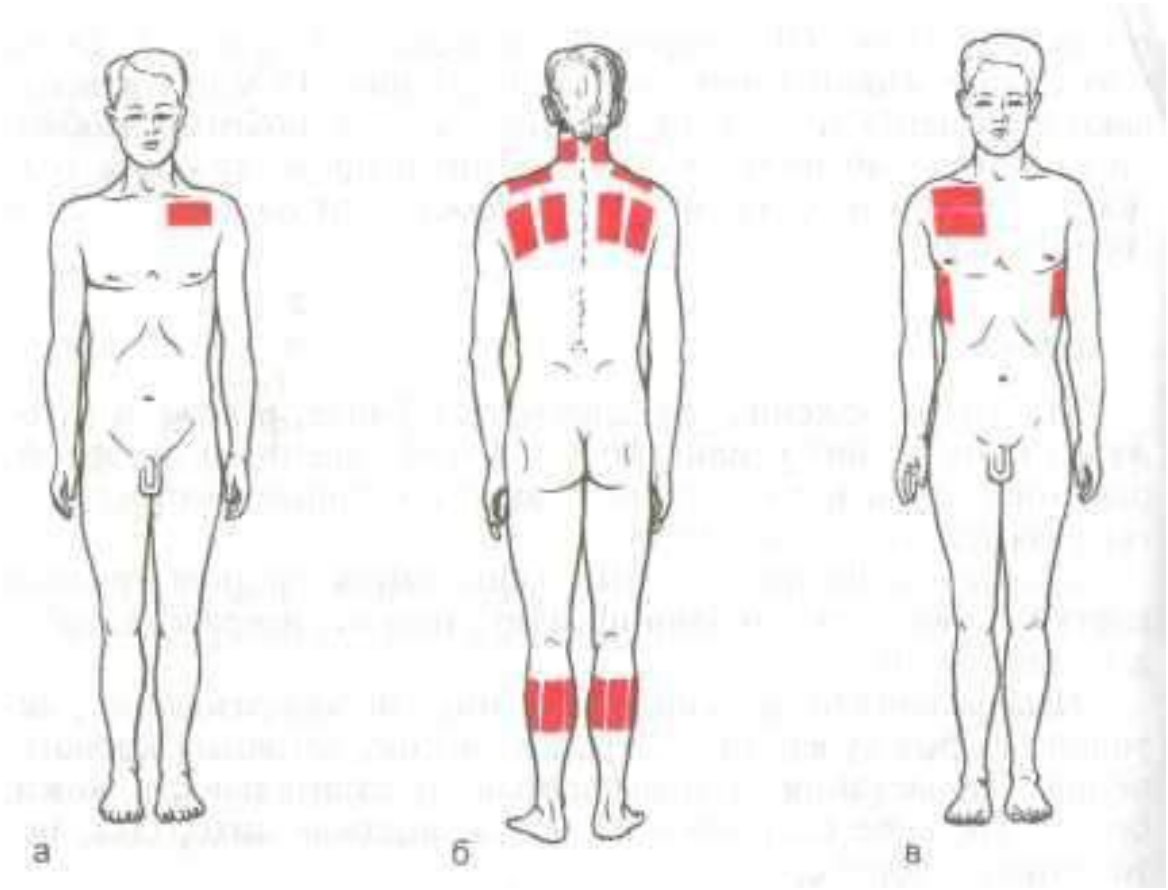
Окончание таблицы 31

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	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



Вид:

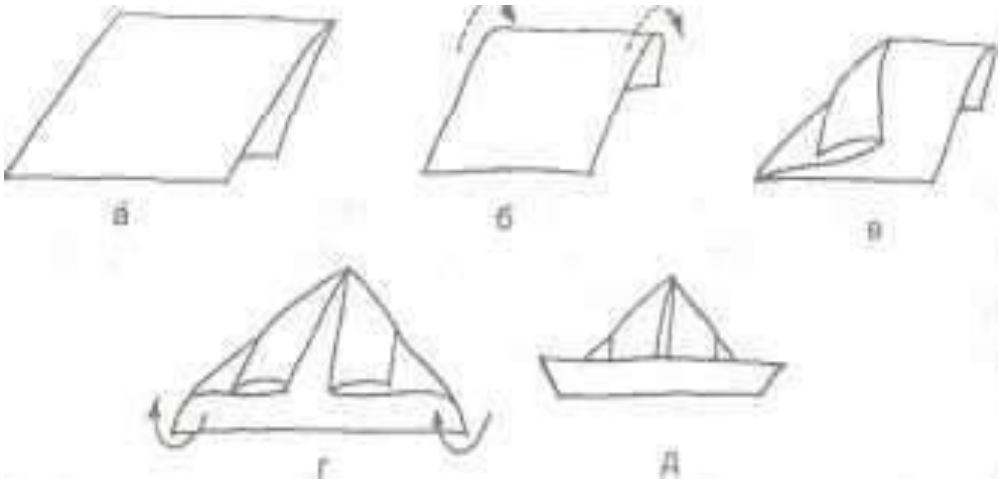
а) – слева, б) – сзади, в) – справа

Рисунок А.1

Приложение Б

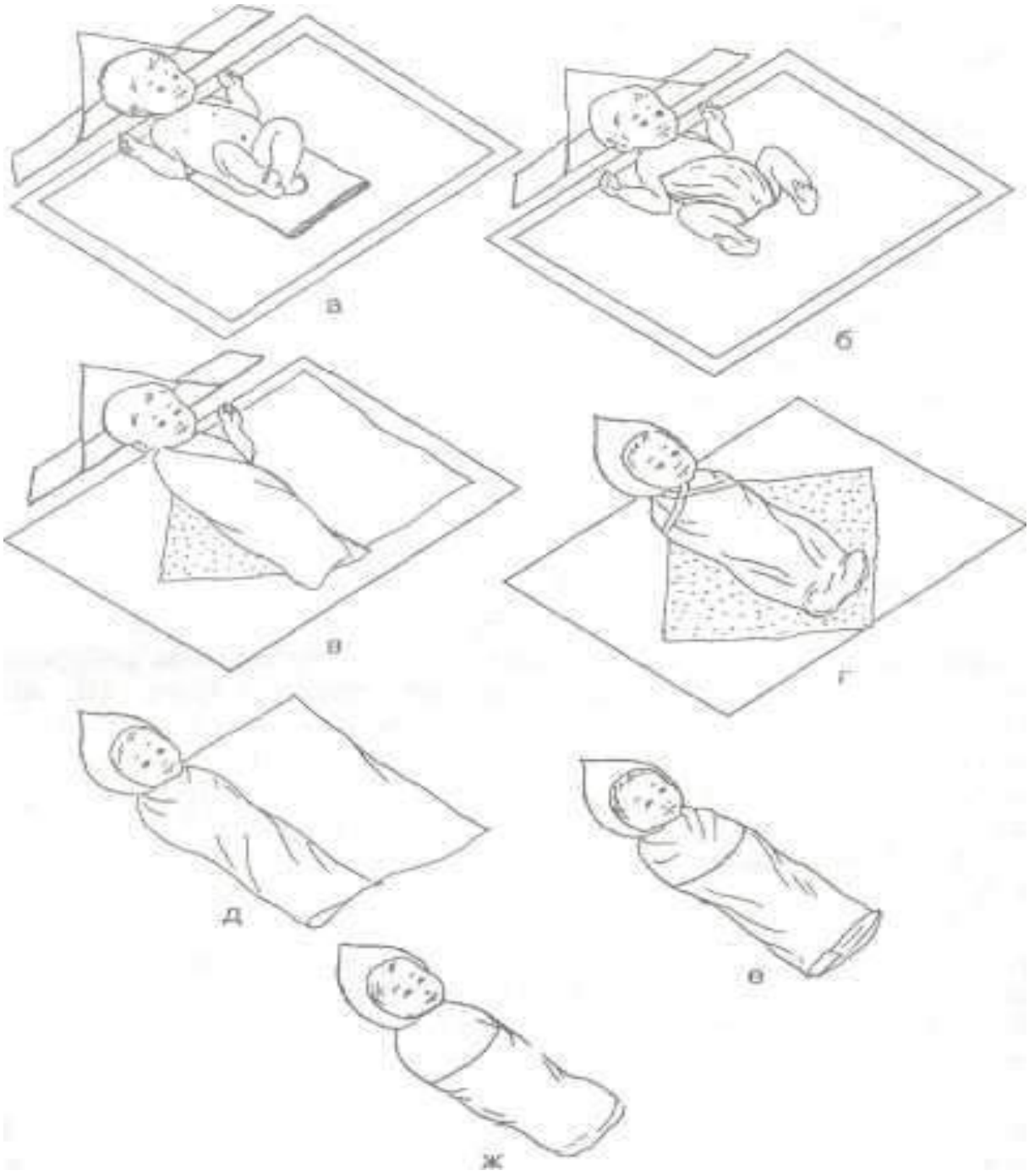
(рекомендуемое)

Способы пеленания новорожденного



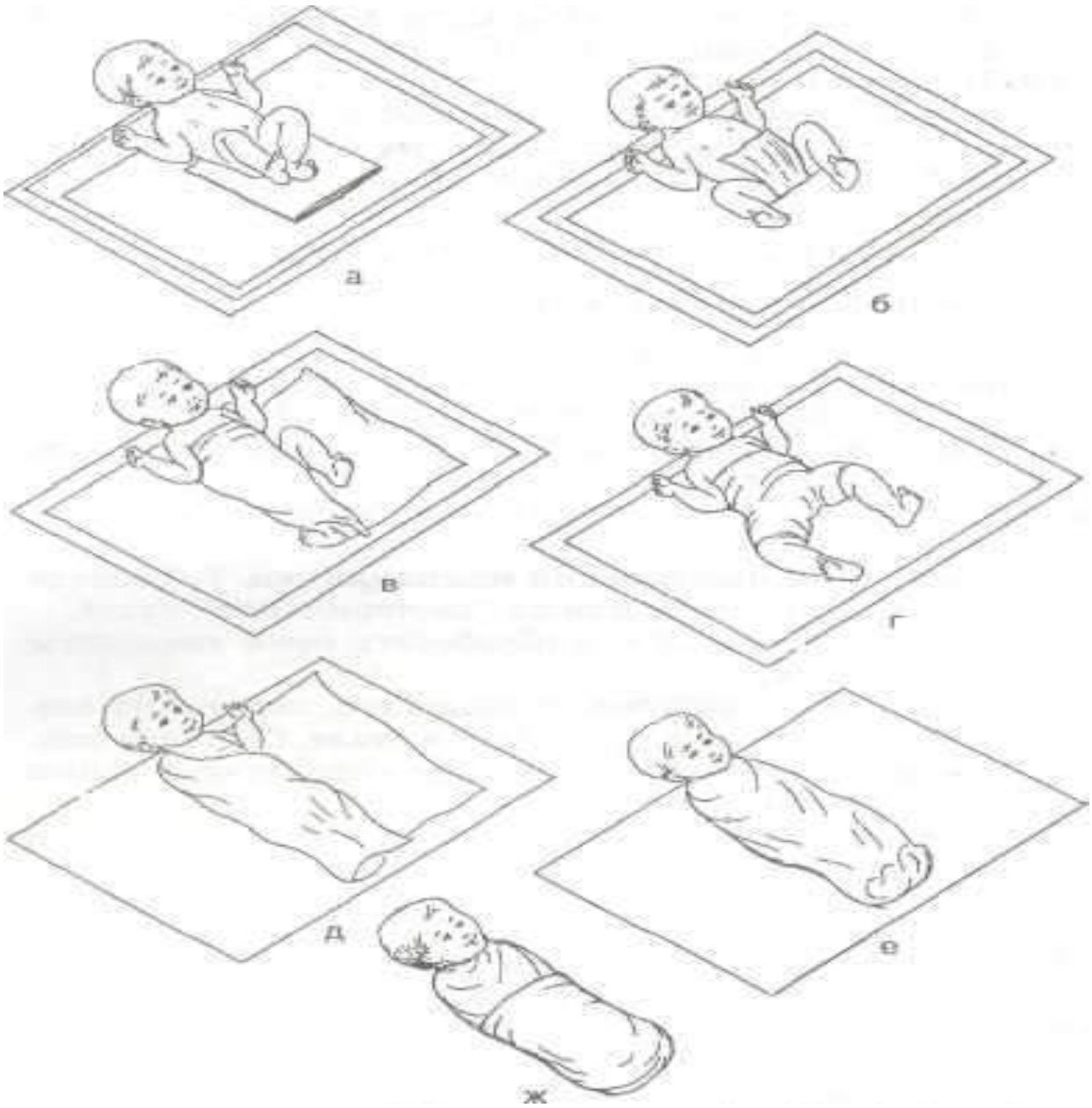
а) – складывание пеленки вдвое по длине, б) – подвертывание сложенного края пеленки, в) – сдвижение верхнего края пеленки к центру, г) – складывание нижнего края пеленки, д) – изготовленная шапочка

Рисунок Б.1 – Изготовление шапочки для новорожденного



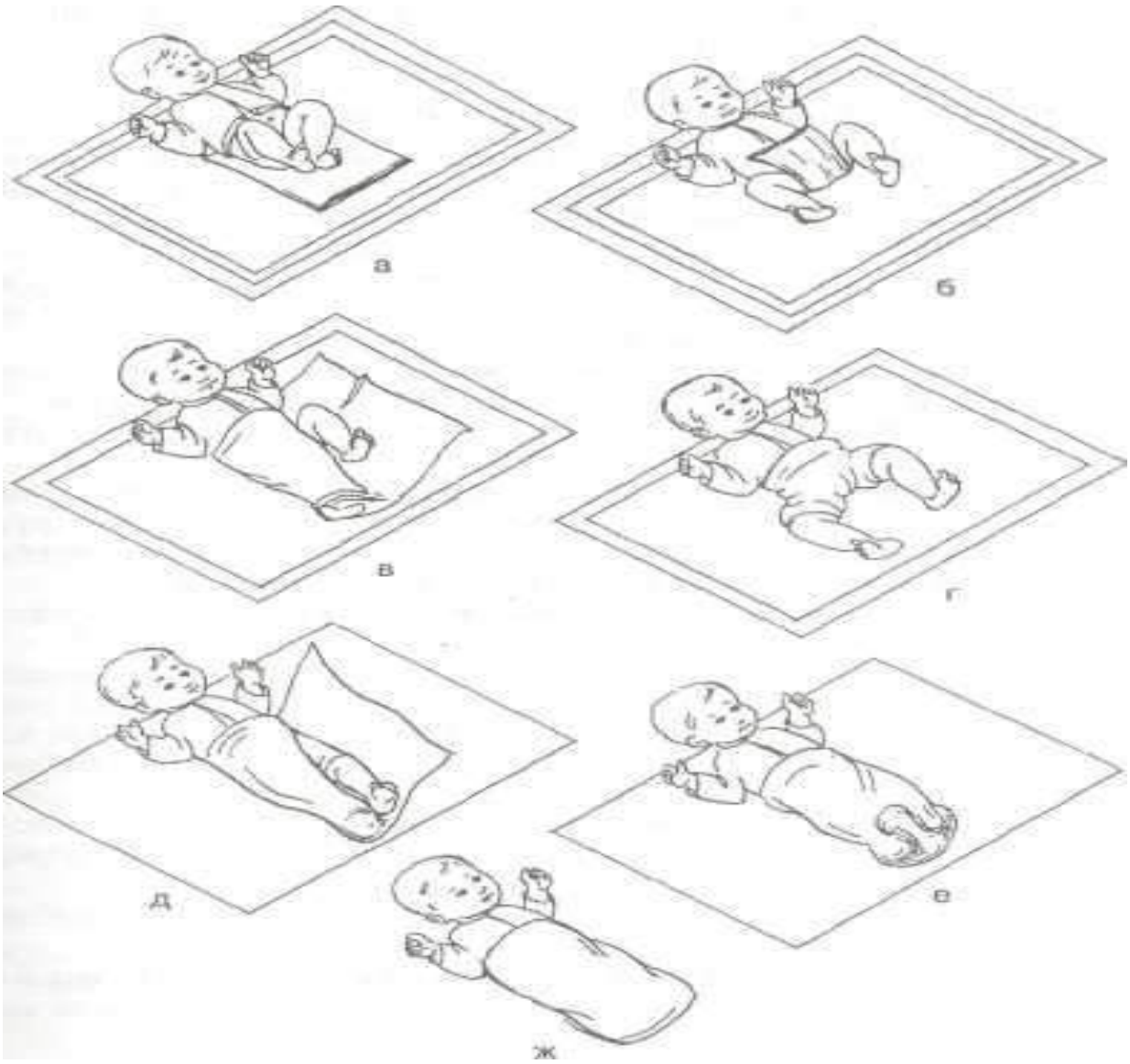
а) – последовательность размещения пеленок, «шапочки», б) – проведение подгузника между ног ребенка, в), г) – пеленание туловища и конечностей с отделением стоп, фиксация «шапочки» (косынки), д), е), ж) - фиксация предыдущих слоев пеленкой

Рисунок Б.2 – Пеленание в родовспомогательном учреждении



а) – последовательность размещения пеленок, б) – проведение подгузника между ног ребенка, в), г) – фиксация подгузника пеленкой («штанишками»), д) – пеленание туловища и конечностей, е) – отделение пеленкой голеней и стоп, ж) - фиксация предыдущих слоев наружной пеленкой

Рисунок Б.3 – Широкое пеленание (закрытый 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)

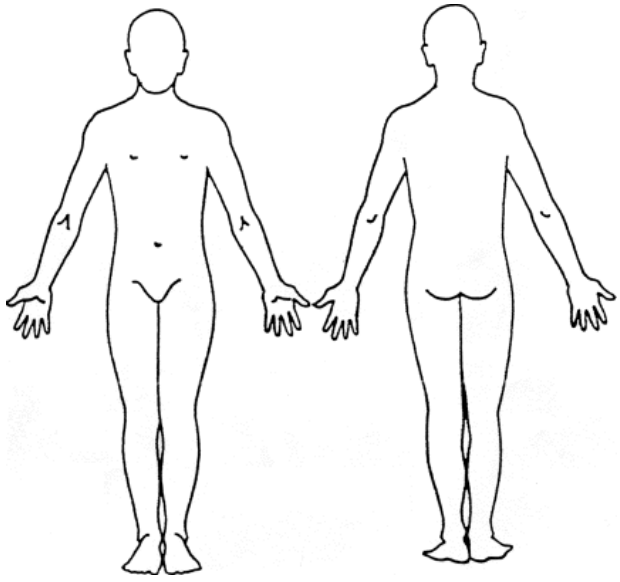
Вопросник (анкета) McGill
по определению степени выраженности болевого синдрома

ФИО пациента _____ Дата исследования _____ Время исследования _____

РИБ С (1-10) Э (11-15) И (16) Р (17-20) _____ РИБ (сумма) _____ (1-20) НИБ _____

1 схватывающая пульсирующая дергающая стегающая колотящая долбящая	11 утомляющая изнуряющая 12 тошнотворная удушающая
2 боль подобная электрическому разряду сильному удару тока выстрелу	13 тревожащая страшная ужасающая
3 колющая впивающаяся сверлящая буравящая взрывная	14 грубая изнурительная злая жестокая убийственная

Моментальная Кратковременная Преходящая	Ритмическая Периодическая Перемежающаяся	Длительная Неизменная Постоянная



4 острая полосующая разрывающая	15 сокрушитель- ная ослепляющая
5 щемящая давящая грызущая стискивающая раздавливаю- щая	16 раздражающая обессилива- ющая интенсивная мучительная непереноси- мая
6 тянущая выкручивающая выламывающая	17 обширная разлитая проникающая пронизываю- щая
7 горячая жгучая прижигающая палящая	18 угнетающая вводящая в оцепенение злящая приводящая в ярость приводящая в отчаянье
8 покалывающая зудящая разъедающая жалящая	19 холодящая сковывающая леденящая
9 тупая ноющая ломящая размозжающая раскалывающая	20 мешающая досаждающая навязчивая мучающая пытающая

Н – наружная боль

В – внутренняя боль

Комментарий

10 распирающая тянущая пилящая разрывающая	НИБ 0 – нет боли 1 – слабая 2 – умеренная 3 – сильная 4 – сильнейшая 5 – непереноси-мая	

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 Р 24 ОКП 94 4000

Ключевые слова: стандарты, технологии выполнения простых медицинских услуг, манипуляции сестринского ухода

Утвержден
Приказом Федерального
агентства по техническому
регулированию и метрологии
от 4 декабря 2008 г. N 359-ст

Дата введения -
1 сентября 2009 года

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ТЕХНОЛОГИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОСТЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

TECHNOLOGIES OF SIMPLE MEDICAL SERVICES FOR FUNCTIONAL CHECK-UP

ГОСТ Р 52623.1-2008

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 (А02.01.001)

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей/ кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
5. Материальные ресурсы:	
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 простой медицинской услуги:	
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 однократного 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
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Медицинский работник должен обязательно предупреждать пациента о необходимости опорожнения мочевого пузыря и кишечника до момента проведения взвешивания. Взвешивание лежачего пациента следует проводить с помощью кроватных весов в соответствии с имеющейся к ним инструкцией. При использовании электронных весов измерение проводят в соответствии с имеющейся инструкцией. 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. 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
8. Достигаемые результаты и их оценка	Одномоментное взвешивание пациента с целью определения массы тела не оценивают. Повторные взвешивания пациента должны сопровождаться записью об увеличении или уменьшении массы пациента на конкретное значение, полученное в результате сравнения двух или более результатов взвешивания. Результаты взвешивания с целью определения избыточной/недостаточной массы тела могут быть использованы для подсчета индекса Бушара по формуле P / L x 100, где P - масса тела, кг; L - рост, см. Среднее значение индекса Бушара составляет 36 - 40; более высокие значения указывают на избыточную, а более низкие - на недостаточную массу тела. По индексу Кетле масса тела рассчитывается следующим образом: индекс Кетле = масса кг / (рост, м)^2. По полученным результатам делают следующие выводы о значении: - менее 18 до 19,9 - недовес; - от 20 до 24,9 - идеально; - от 25 до 29,9 - предожирение; - св. 30 - ожирение
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного	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.

представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 условных единиц трудозатрат (УЕТ) врача - 0. Коэффициент условных единиц трудозатрат (УЕТ) медицинской сестры - 0,2
12. Графическое, схематическое и табличное представление технологии выполнения простой медицинской услуги	Не требуются

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению	

безопасности труда медицинского персонала: 2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	 До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Необходимо использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
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 5.6. Прочий расходуемый материал	 Калипер Не требуются То же -"- -"- 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
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики:	Стандартными точками определения толщины жировой складки являются: - 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; - область двуглавой мышцы - на уровне первого измерения, по передней поверхности плеча. Складка должна располагаться параллельно продольной оси конечности; - подлопаточная область - под нижним углом лопатки. Складка должна располагаться параллельно естественным складкам кожи: обычно это линия, располагающаяся под углом 45° к горизонтали; - боковая поверхность грудной клетки - по среднеподмышечной линии на уровне пятого межреберья. Складка должна располагаться вертикально; - над гребнем подвздошной кости - на 2 см выше гребня подвздошной кости по среднеаксиллярной линии, горизонтально; - 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; - область икроножной мышцы - на уровне максимальной окружности голени. Складка должна располагаться параллельно оси нижней конечности; - область живота - под мечевидным отростком грудины, на 5 см влево от стернальной линии.
7.1. Особенности выполнения методики для детей различного возраста	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. Обращают внимание на равномерное (по всему телу) или неравномерное распределение подкожного жирового слоя
8. Достигаемые результаты и их оценка	Результатом исследования является линейная толщина жировой складки. Интерпретация результатов проводится сопоставлением полученных значений с эталонными (табличными) показателями, установленными с учетом пола и возраста пациента (см. Приложение А, таблица А.1). 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)
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие отклонений от алгоритма проведения измерения. Результаты при трехкратном измерении не должны различаться более чем на 1 мм. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,1
12. Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Рисунок 1 (не приводится)
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Не требуются

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей/ кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
5. Материальные ресурсы:	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Сантиметровая лента (одноразовая или многоразовая). Пеленальный столик (при измерении окружности головы у новорожденных детей и детей грудного возраста). Стул (при необходимости)
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	Пеленка однократного применения (при проведении измерения у детей грудного возраста)
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги:	
6.1. Алгоритм измерения окружности головы	1. Подготовка к процедуре: 1.1. Подготовить необходимое оснащение. 1.2. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры. 1.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

	1.4. Попросить пациента сесть или уложить ребенка на пеленальный столик (если измерение проводится у новорожденных детей и детей грудного возраста). 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
8. Достигаемые результаты и их оценка	Оценку измерения окружности головы проводят как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь массой и длиной тела. При оценке показателей окружности головы у детей различного возраста рекомендуется пользоваться центильными таблицами (см. Приложение Б, таблицы Б.1 и Б.2)
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,1

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

7. Требования к технологии выполнения простой медицинской услуги функционального обследования Плантография (А02.03.003)

Технология плантографии входит в ТВПМУФО и имеет код А02.03.003 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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Сестринское дело". Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. Использование перчаток во время процедуры
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Стационарные. Амбулаторно-поликлинические
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
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	Шпатель (при получении отпечатка стоп с использованием красителя). Салфетки марлевые однократного применения (при получении отпечатка стоп с использованием красителя). Растворитель (при получении отпечатка стоп с использованием красителя). Полиэтиленовая пленка или клеенка (при получении отпечатка с помощью плантографа). Краситель, соответствующий выбранной методике исследования. Лист плотной бумаги. Перчатки нестерильные. Линейка. Карандаш
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 смещая и не деформируя его. 2.2.5. Попросить пациента сесть и поднять ноги. 2.2.6. Убрать лист бумаги с оттисками стоп пациента. 2.2.7. Разрешить пациенту надеть обувь. 3. Окончание процедуры: 3.1. Сообщить пациенту результаты исследования. 3.2. Перчатки и салфетки поместить в емкость для дезинфекции. 3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	При использовании компьютерных плантографов обработка стоп, получение изображения оттисков стоп, интерпретация и фиксирование результатов проводятся в соответствии с инструкцией к аппарату
8. Достигаемые результаты и их оценка	Полученные результаты позволяют объективно диагностировать состояние сводов стопы. Оценка результатов исследования: 1. На плантограмме (см. рисунок 2 - не приводится) проводят касательную к наиболее выступающим точкам внутреннего контура стопы. 2. Из середины касательной восстанавливают перпендикуляр до пересечения его с наружным контуром отпечатка стопы. 3. Вычисляют индекс стопы I: - по Штритеру В.А. - отношение длины части перпендикуляра, прошедшего через отпечаток a, ко всей длине перпендикуляра (a + b): $I = a / (a + b);$ - по Чижину И.М. - отношение длины части перпендикуляра, прошедшего через отпечаток a, к отрезку b, ограниченному внутренним контуром отпечатка и проведенной касательной: $I = a / b$
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения	Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.

методики	Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,3. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,3
12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Рисунок 2
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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3. Условия выполнения простой	Амбулаторно-поликлинические.

медицинской услуги	Стационарные. Санаторно-курортные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
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 5.6. Прочий расходуемый материал	 Ростомер вертикальный (поверенный и допущенный к работе). Ростомер горизонтальный при измерении у детей грудного возраста (поверенный и допущенный к работе) Не требуются То же -"- -"- Салфетка бумажная однократного применения. Пеленка однократного применения (при измерении у детей грудного возраста)
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: 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. 3. Окончание процедуры: 3.1. Сообщить пациенту о результатах измерения. 3.2. Снять салфетку с площадки ростомера и поместить ее в емкость для отходов. 3.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3.4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения процедуры в

6.2. Алгоритм измерения роста у ребенка до одного года	медицинской документации. Для измерения роста у детей грудного возраста применяется горизонтальный ростомер. 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
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Достоверность полученных данных возможна лишь при строгом соблюдении условий проведения измерения. В некоторых случаях рост измеряют в положении пациента сидя. Если у пациента имеются расстройства слуха, следует использовать методы невербального общения. 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. Для измерения роста новорожденного в родильном зале используют стерильную мягкую ленту. Персонал работает в стерильной одежде (халат, маска, перчатки)
8. Достигаемые результаты и их оценка	Оценку измерения роста проводят как изолированно, так и в сочетании с другими антропометрическими показателями, в первую очередь, массой тела и окружностью головы
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 0,1
12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Не требуются
13. Формулы, расчеты, номограммы и другая документация (при необходимости)	Не требуются

9. Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования Измерение окружности грудной клетки (А02.09.002)

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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3. Условия выполнения	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
5. Материальные ресурсы:	

5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Сантиметровая лента (одноразовая или многоразовая). Стул (при проведении измерений в положении сидя)
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	Пеленка однократного применения (при проведении измерения у детей грудного возраста)
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: 6.1. Алгоритм измерения окружности грудной клетки	1. Подготовка к процедуре: 1.1. Проверить целостность сантиметровой ленты, четкость обозначений. 1.2. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 1.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4. Предложить (помочь) пациенту освободить грудную клетку от одежды и принять удобное положение в зависимости от состояния: сидя или стоя. 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. Проделать 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
7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики	Измерение окружности груди у детей раннего возраста проводят только в состоянии покоя, у старших - в покое, при вдохе и выдохе. 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

<table>
<tr><td></td><td>столике</td></tr>
<tr><td>8. Достигаемые результаты и их оценка</td><td>Размеры грудной клетки, полученные при измерении в покое, используются для оценки телосложения пациента (подсчет индекса Бругша):

T / L x 100,

где T - окружность груди, см;
L - рост, см.

<table><tr><td>Значение индекса Бругша:
50 - 55
Более 55

Менее 50</td><td>Оценка телосложения:
норма;
широкая грудная клетка (гиперстеническое телосложение);
узкая грудная клетка (астеническое телосложение)</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</td><td>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</td></tr>
<tr><td>10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</td><td>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.
Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.
Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.
Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).
Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги</td></tr>
<tr><td>11. Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</td><td>Коэффициент УЕТ врача - 0.
Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 0,3</td></tr>
<tr><td>12. Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</td><td>Не требуются</td></tr>
<tr><td>13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</td><td>Не требуются</td></tr>
</table>

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 А02.12.002 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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело". Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", "Стоматология".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала:	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные. Транспортировка в условиях "скорой медицинской помощи"
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое. Профилактическое
5. Материальные ресурсы:	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Прибор для измерения артериального давления (прошедший ежегодную поверку средств измерения), соответствующий ростовозрастным показателям пациента, разрешенный к применению в Российской Федерации и поверенный. Стетофонендоскоп (при аускультативном определении тонов Короткова). Кушетка (при измерении артериального давления в положении лежа). Стул (при измерении артериального давления в положении сидя).

	Стол
5.2. Реактивы	Не требуются
5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты	То же
5.4. Продукты крови	-"-
5.5. Лекарственные средства	Антисептическое или дезинфицирующее средство для обработки мембраны стетофонендоскопа
5.6. Прочий расходуемый материал	Салфетки марлевые однократного применения
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги:	Основным неинвазивным методом измерения артериального давления является аускультативный.
6.1. Алгоритм исследования артериального давления на периферических артериях	1. Подготовка к процедуре: 1.1. Проверить исправность прибора для измерения артериального давления в соответствии с инструкцией по его применению. 1.2. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. 1.3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 1.4. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его. 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 увеличе-

	ние 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	Артериальное давление допускается определять в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к превышению или занижению значений измерения артериального давления на 4 мм рт. ст. В положении "сидя" измерение проводят у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости артериального давления, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения. Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измере-

	ния. 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.
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).
7.4. Особенности выполнения методики у детей до 18 лет	Артериальное давление рекомендуется измерять в одни и те же часы суток, после 10 - 15-минутного отдыха, на правой руке (первый раз на обеих руках), трехкратно с интервалом в 3 мин. Предпочтительнее располагать манжету на уровне сердца. Для определения артериального давления у детей используют возрастные манжеты. Ширина манжеты должна составлять половину окружности плеча ребенка. Манжета тонометра должна соответствовать возрасту и должна быть равна 1/2 окружности плеча. Выпускаются специальные, соответствующие возрасту манжеты шириной 3,5 - 13 см. Размеры манжеты для измерения артериального давления: до 1 года - 2,5 см; от 1 до 3 лет - 5 - 6 см; от 4 до 7 лет - 8 - 8,5 см; от 8 до 9 лет - 9 см;

	от 10 до 13 лет - 10 см; от 14 до 18 лет - 13 см. Новорожденным детям измерение артериального давления проводят на голени манжетой М-130, на бедре - манжетой М-180, на височной артерии - М-55. Измерение артериального давления с использованием автоматических тонометров проводится в соответствие с инструкцией к прибору
8. Достигаемые результаты и их оценка	Оценку результатов проводят сопоставлением полученных данных с установленным нормативами (для относительно здорового человека): Нормотензия Гипертензия День < 135/85 >= 140/90 Ночь < 120/70 >= 125/75 Значение артериального давления у детей (нормотензия): - новорожденные - 70/85; - дети от одного года до 5 лет - 80 + 2n; - дети от 5 до 15 лет - 100 + n (n - число лет)
9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя	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
10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. 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 - 1,5. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5
12. Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Не требуются
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Не требуются

11. Технология выполнения простой медицинской услуги функционального обследования Термометрия общая (А02.31.001)

Технология общей термометрии входит в ТВПМУФО и имеет код А02.31.001 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
1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая следующие требования:	
1.1. Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Сестринское дело", "Лечебное дело" или "Акушерское дело".
1.2. Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2. Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1. Требования по безопасности труда при выполнении услуги	1. До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук. 2. В случае повреждения ртутного термометра собрать ртуть и остатки термометра и поместить их в герметично закрытую емкость. 3. При встряхивании ртутного термометра не допускается удар одной рукой с термометром по другой руке
3. Условия выполнения простой медицинской услуги	Амбулаторно-поликлинические. Стационарные. Санаторно-курортные
4. Функциональное назначение простой медицинской услуги	Диагностическое
5. Материальные ресурсы:	
5.1. Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Термометр медицинский (ртутный, электронный или другой, разрешенный к применению). Кушетка (при измерении температуры в положении лежа). Стул (при измерении температуры в положении сидя).
5.2. Реактивы	Не требуются
5.3. Иммунобиологические препараты и реагенты	То же
5.4. Продукты крови	-"-
5.5. Лекарственные средства	Дезинфицирующий раствор для обработки термометра.

5.6. Прочий расходуемый материал	Вазелин (вазелиновое масло) - при измерении ректальной температуры. Салфетки марлевые однократного применения. Перчатки нестерильные (при измерении ректальной температуры)
6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги: 6.1. Алгоритм измерения температуры тела в подмышечной впадине	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. 1.4. Резко стряхнуть ртутный термометр сверху вниз так, чтобы ртуть опустилась по столбику вниз в резервуар. 1.5. Помочь пациенту принять удобное положение. 2. Выполнение процедуры: 2.1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это. 2.2. Расположить термометр в подмышечной области так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон плотно соприкасался с телом пациента (прижать плечо к грудной клетке). 2.3. Оставить термометр в подмышечной впадине не менее чем на 5 мин. 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

<table>
<tr><td></td><td>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.</td></tr>
<tr><td>8. Достигаемые результаты и их оценка</td><td><table><tr><td>Температура тела, °С</td><td>Оценка результатов</td></tr><tr><td>35,0 и ниже</td><td>Гипотермия</td></tr><tr><td>36,2 - 36,9</td><td>Норма</td></tr><tr><td>37,0 - 38,0</td><td>Субфебрильная</td></tr><tr><td>38,0 - 39,0</td><td>Фебрильная</td></tr><tr><td>39,0 - 40,0</td><td>Пиретическая</td></tr><tr><td>свыше 40,0</td><td>Гиперпиретическая</td></tr></table>
Норма для температуры в ротовой полости и прямой кишке выше на 1 °С, чем в подмышечной впадине.
Нормой считается температура тела у пожилых людей 35,0 °С - 36,0 °С, у новорожденных - 37,0 °С - 37,2 °С</td></tr>
<tr><td>9. Особенности информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента или его законного представителя</td><td>Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры.
Письменного подтверждения согласия пациента или его законного представителя на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента</td></tr>
<tr><td>10. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</td><td>Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.
Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.
Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.</td></tr>
</table>

	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 - 0,2
12. Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Не требуются
13. Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	Не требуются

Приложение А
(рекомендуемое)

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЛИКОМЕТРИИ

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

А.1. 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 Е сложением полученных результатов измерения кожных складок.

А.1.3. Вычисляют логарифм от полученной суммы Е.

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 x log (E)
20 - 29	1,1631 - 0,0632 x log (E)
30 - 39	1,1422 - 0,0544 x log (E)
40 - 49	1,1620 - 0,0700 x log (E)
50 и старше	1,1715 - 0,0779 x log (E)
Женщины	
17 - 19	1,1549 - 0,0678 x log (E)
20 - 29	1,1599 - 0,0717 x log (E)
30 - 39	1,1423 - 0,0632 x log (E)
40 - 49	1,1333 - 0,0612 x log (E)
50 и старше	1,1339 - 0,0645 x log (E)

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

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

где:
D - плотность тела, г/мл;
M - масса тела, кг.
А.1.6. Рассчитывают свободную от жира массу тела С, кг, по формуле

$$C = M - J, \qquad (A.2)$$

где:
M - масса тела, кг;
J - жировая масса, кг.

А.2. 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 Е путем сложения полученных результатов измерения кожных складок.

А.2.3. Определяют показатель по таблице А.1.

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

А.3. 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.

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

А.4. Расчет относительной толщины кожно-жировых складок

Расчет относительной толщины кожно-жировых складок проводят по формуле

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

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.

Приложение Б
(рекомендуемое)

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ

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

Распределение окружности головы по возрасту (мальчики), см							Распределение окружности головы по возрасту (девочки), см						
Возраст	Центили						Возраст	Центили					
	3	10	25	75	90	97		3	10	25	75	90	97
0 мес.	32,5	33,2	34	35,5	36,5	37,7	0 мес.	32	33	34	35,5	36,4	37
1 - 2 мес.	34,8	35,3	36	37,9	39	39,8	1 - 2 мес.	33,8	34,8	36	38	38,8	39,5
2 - 3 мес.	36,9	37,3	38	40,3	40,9	41,8	2 - 3 мес.	35,6	36,3	37,4	39,8	40,6	41,4
3 - 4 мес.	38,4	38,8	39,5	41,6	42,5	43,3	3 - 4 мес.	36,9	37,7	38,5	41,3	42,2	43
4 - 5 мес.	39,6	40,2	40,8	42,9	43,8	44,5	4 - 5 мес.	38,2	38,9	39,7	42,4	43,3	44,2
5 - 6 мес.	40,6	41,2	42	44	45	45,9	5 - 6 мес.	39,2	39,9	40,7	43,5	44,4	45,4
6 - 7 мес.	41,5	42	42,7	45,3	46	46,7	6 - 7 мес.	40,1	40,8	41,5	44,3	45,3	46,3
7 - 8 мес.	42,2	42,8	43,7	46,1	47	47,7	7 - 8 мес.	41	41,7	42,5	45,3	46,2	47,3
8 - 9 мес.	42,8	43,6	44,2	46,8	47,7	48,4	8 - 9 мес.	41,6	42,3	43,2	45,9	46,9	48
9 - 10 мес.	43,5	44	44,8	47,4	48,3	49	9 - 10 мес.	42,4	42,9	43,7	46,6	47,6	48,5
10 - 11 мес.	44	44,6	45,4	48	48,8	49,6	10 - 11 мес.	42,8	43,5	44,3	47,2	48,3	49,2
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

5 лет	49,6	50,1	50,7	53,1	54,2	55	5 лет	48,5	49,1	50	52,5	53,2	54
5,5 лет	49,8	50,4	51	53,5	54,5	55,5	5,5 лет	48,8	49,4	50,2	52,7	53,5	54,2
6 лет	50	50,6	51,2	54	54,8	55,7	6 лет	49	49,6	50,3	52,8	53,7	54,5
6,5 лет	50,2	50,8	51,4	54,3	55	55,8	6,5 лет	49,2	49,8	50,6	53	53,9	54,6
7 - 8 лет	50,4	51	51,6	54,5	55,3	56	7 - 8 лет	49,4	50	50,7	53,3	54,1	54,8
8 - 9 лет	50,5	51,4	52	55	55,8	56,6	8 - 9 лет	49,7	50,3	51	53,6	54,4	55,2
9 -10 лет	50,8	51,7	52,5	55,5	56,3	57,2	9 - 10 лет	50	50,6	51,3	53,9	54,6	55,4
10 - 11 лет	51,2	52	52,8	56	56,7	57,7	10 - 11 лет	50,3	50,8	51,5	54,1	54,8	55,6
11 - 12 лет	51,5	52,3	53,2	56,3	57,2	58,2	11 - 12 лет	50,4	51	51,7	54,3	55	55,8
12 - 13 лет	51,7	52,6	53,5	56,7	57,7	58,8	12 - 13 лет	50,5	51,2	51,9	54,6	55,2	56,1
13 - 14 лет	51,9	52,8	53,7	57,3	58,1	59,2	13 - 14 лет	50,6	51,4	52	54,8	55,5	56,4
14 - 15 лет	52,1	53	54	57,5	58,5	59,6	14 - 15 лет	50,7	51,5	52,1	55	55,7	56,6
15 - 16 лет	52,3	53,2	54,3	57,8	58,8	60	15 - 16 лет	50,8	51,6	52,2	55,2	55,9	56,7
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).

Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	Выполнение транспортировки: - на каталке осуществляется не менее 2-мя медицинскими работниками; - на носилках – не менее 4-х медицинских работников.
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	Каталка или носилки или функциональное кресло-каталка Одеяло Подушка Простыня Клеенка с пеленкой – при необходимости
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент (если он находится в сознании) 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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	Способ транспортировки тяжелобольного внутри учреждения определяет врач. **Подготовка к транспортировке на каталке или носилках:**

		1. Представиться пациенту, 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 пеленкой (при необходимости). **Перемещение пациента на каталку** (должно осуществляться тремя медицинскими работниками): 1. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровать 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. **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. **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 осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. **Окончание транспортировки:** Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне). Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании). Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу. **Транспортировка на кресле-каталке:** **Подготовка к транспортировке:**

		1. Представиться пациенту, 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. **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 **Осуществление транспортировки на кресле-каталке:** 1. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента. 2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента. **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. 6. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно. 7. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

		8. Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств.
5	Особенности выполнения методики	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 4-х человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться. При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка. Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела. Состояние пациента не должно ухудшаться на момент окончания транспортировки.
6	Оценка достигнутых результатов	Удовлетворенность пациента. Отсутствие видимых ухудшений самочувствия пациента. Наличие записи о выполненной манипуляции. Соблюдение алгоритма.
7	Оформление медицинской документации	Запись о выполненной манипуляции.

Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Во время процедуры обязательно использование перчаток
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Спирт этиловый 70° (при порезе кожи пациента) Антисептическое средство для обработки рук персонала Дезинфицирующее средство Мыло жидкое Шампунь Крем для бритья Крем после бритья Крем для рук Перчатки нестерильные Емкость для дезинфекции Марлевые салфетки Одноразовое полотенце для рук персонала Щетка для волос (или расческа) индивидуальная Полотенце Мешок для грязного белья Бритвенный станок (одноразовый) с безопасным лезвием Ножницы маникюрные

		Емкость для воды Емкость для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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.
4	Алгоритм действий	<u>Алгоритм выполнения мытья головы</u> **Подготовка к процедуре:** 1. Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться 3. в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру- 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 5. Надеть одноразовый фартук. 6. Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; пустую емкость для воды поставить на стул. 7. Наполнить другую емкость теплой водой, поставить рядом. 8. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней. **Выполнение процедуры:** 1. Расчесать волосы пациенту.

		2. Удалить все заколки, шпильки. Снять очки. 3. Подстелить под голову и плечи пациента клеенку, конец которой опустить в емкость, стоящую на стуле; по краю клеенки, вокруг головы, положить свернутое валиком полотенце. 4. Глаза пациента закрыть полотенцем или пеленкой. 5. Наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы пациента. 6. Нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы пациента. 7. Налить в кувшин воду и смыть весь шампунь (если пациент просит, вымыть его волосы шампунем еще раз). 8. Развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой. **Окончание процедуры.** 1. Клеенку, полотенце, 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. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации. <u>Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного</u> **Подготовка к процедуре.** 1. Наполнить емкость теплой водой, помочь

		пациенту вымыть руки с мылом. 2. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. 4. Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо. **Выполнение процедуры.** 1. Подстричь ножницами ногти пациента. 2. Нанести крем на руки пациента. 3. Положить полотенце в мешок для белья. **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. <u>Алгоритм бритья тяжелобольного</u> **Подготовка к процедуре.** 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. **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. **Окончание процедуры.** 1. Поместить станок и помазок в емкость для дезинфекции, утилизировать станок. 2. Удобно расположить пациента в постели. 3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. 4. Вымыть руки и осушить их.
5	Особенности 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° спиртом. Бритье тяжелобольного пациента рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи. При выполнении всего комплекса процедур представиться следует один раз.
6	Оценка достигнутых результатов	Пациент опрятен Гигиеническое состояние пациента удовлетворительное

		Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	

Уход за нозагастральным зондом

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	Процедура выполняется медицинским персоналом в стерильных перчатках
2	Выбор средств для выполнения манипуляции	шприц на 30 или 60 куб. см фонендоскоп емкость с физиологическим раствором или специальным раствором для промывания емкостью 500 или 1000 мл вазелин — 5 г антисептический раствор — 1 разовая доза стерильные перчатки — 1 пара марлевые салфетки — 4 шт. лоток для использованного материала жидкое мыло — при отсутствии антисептика для обработки рук диспенсер с одноразовым полотенцем
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент 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.
4	Алгоритм действий	Алгоритм ухода за назогастральным зондом **Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, 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. Надеть стерильные перчатки. 3. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или давления. **Выполнение процедуры:** 1. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд. При подозрении на аспирацию или дислокацию зонда немедленно вызвать врача. 2. Подсоединить шприц с 10—20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха 3. к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в животе при помощи стетоскопа (должны быть слышны булькающие звуки). 4. Очистить ноздри увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на область введения зонда. 5. Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. 6. Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать

		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 лоток. 7. Повторить промывание и аспирацию. **Окончание процедуры:** 1. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен. 2. Сбросить использованные материалы в ёмкость для дезинфекции или пакет для утилизации в соответствии с классом отходов. 3. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции (или в ёмкость для ОМО класса «Б» без дезинфекционной обработки). 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	нет
6	Оценка достигнутых результатов	Отсутствуют признаки инфицирования и трофических нарушений по ходу назогастрального зонда, аспирацией пищей. При кормлении пища свободно проходит по зонду. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в

		соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Уход за полостью рта

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Лоток Корнцанг Пинцет Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство Антисептический раствор для обработки полости рта пациента Стерильный глицерин 5 мл. Вазелин – 5 г. Мыло Чистое полотенце Тампоны для обработки полости рта. Стерильные марлевые салфетки Шпатель Зубная щетка Резиновый баллончик Перчатки нестерильные
3	Информирование пациента о	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация,

	выполняемой процедуре	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. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
4	Алгоритм действий	<u>Алгоритм ухода за полостью рта</u> **Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить ход предстоящей процедуры (если т в сознании). Убедиться в наличии у пациента информированного согласия ел предстоящую процедуру 2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 3. Подготовить все необходимое оборудование. 4. Расположить пациента в одном из следующих положений: на спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или лежа на боку, или лежа на животе (или спине), повернув голову вбок. 5. Надеть перчатки. 6. Обернуть полотенце вокруг шеи пациента. **Выполнение процедуры:** 7. 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. 8. Произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполнить 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. 9. Сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта. 10. 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. 11. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку. 12. Салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента. При сухости языка смазать его стерильным глицерином. Обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах). **Окончание процедуры:** 1. Убрать полотенце. 2. Разместить, пациента в удобном положении. 3. Собрать принадлежности по уходу и доставить в специальную комнату для дальнейшей обработки. 4. Снять перчатки, поместить их в контейнер для

		дезинфекции. 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 6. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	При сухости во рту или галитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15—30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 л воды 1 чайная ложка пищевой соды, 1 чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2-4 час.
6	Оценка достигнутых результатов	Отсутствие у пациента скопления секрета в полости рта, отсутствие патологических изменений слизистых полости рта. 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 измерения.
7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных

№	Этапы выполнения манипуляции	Содержание
1	Соблюдение требований по безопасности труда при выполнении услуги (обработка рук)	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры
2	Выбор средств, для выполнения манипуляции	Судно Зажим (или пинцет) Антисептическое средство для обработки рук. Дезинфицирующее средство Нестерильные перчатки Одноразовая впитывающая пелёнка Салфетки марлевые (тампоны) Мыло Фартук клеёнчатый Емкость для воды. Мыльный раствор слабой концентрации (гигиенические средства для интимной обработки) Водный термометр. Ширма (если процедура выполняется в общей палате) Контейнер для дезинфекции
3	Информирование пациента о выполняемой процедуре	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре (если он находится в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования.

		Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных ли 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.
4	Алгоритм действий	**Подготовка к процедуре:** 1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. 2. Отгородить пациента ширмой (при необходимости). 3. Налить в емкость теплую воду (35—37°). 4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. 5. Надеть клеенчатый фартук, нестерильные перчатки. 6. Положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях же слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента одноразовую впитывающую пелёнку. **Выполнение процедуры:** <u>Выполнение процедуры женщине</u> 1. Подставить под крестец пациентки судно (если средство жидкое). 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 кожу промежности марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. 5. Использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции (или в ёмкость для ОМО класса «Б» без дезинфекционной обработки) <u>Выполнение процедуры мужчине:</u> 1. Поставить судно (если средство жидкое). 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 последовательности. 6. Убрать салфетки в контейнер для дезинфекции (или в ёмкость для ОМО класса «Б» без дезинфекционной обработки). **Окончание процедуры:** 1. Убрать судно, клеенку. 2. Уложить пациента (ку) удобно, накрыть его(её) простынёй, одеялом. 3. Подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки, дезинфекции. 4. Обработать руки гигиеническим способом,

		осушить. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
5	Особенности выполнения методики	Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении — специальным кремом в состав, которого входит цинковая мазь, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом. Если пациента нельзя посадить на судно, рекомендуется безводный тип обработки промежности: гигиенические салфетки для интимной обработки, гель для обработки промежности, который не нужно смывать водой, или пена. Обработку проводить в направлении «сверху вниз».
6	Оценка достигнутых результатов	Кожа промежности и наружных половых органов чистая. Опрелостей нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством получаемой услуги. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Отсутствие осложнений во время и после процедуры.

7	Оформление медицинской документации	Запись о результатах выполнения назначения в медицинской документации.