

**Н.Ю. Корягина, Н.В. Широкова, Ю.А. Наговицына,
Е.Р. Шилина, В.Р. Цымбалюк, С.В. Давыдова**

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Под редакцией З.Е. Сопиной

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова» в качестве учебно-методического
пособия для студентов учреждений среднего профессионального
образования, обучающихся по специальности
060501(52) «Сестринское дело»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

Авторы благодарят за помощь в написании учебного пособия:

Л.А. Макаренко, врача высшей квалификационной категории МУЗ ЦГБ г. Жуковского,

Г.Д. Панюшкину, врача высшей квалификационной категории МУЗ ЦРБ г. Раменское,

С.Ю. Губо, главного врача психоневрологического диспансера г. Раменское,

Ю.А. Тарасову, главную медицинскую сестру МУЗ Одинцовского родильного дома,

С.С. Пылаеву, медицинскую сестру, администратора отделения реанимации и интенсивной терапии ГУН НИИ им. академика Н.Н. Бурденко,

И.В. Уткину, старшую медицинскую сестру отделения реанимации и интенсивной терапии ГУН НИИ им. академика Н.Н. Бурденко,

М.О. Трифонову, старшую медицинскую сестру отделения реанимации МУЗ ЦРБ г. Раменское.

Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям, выказывая удивительное единение мастерства и человечности, стоят превыше всех великих на этой земле.

Вольтер

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	6
Предисловие.....	8
Глава 1. Организация периоперативного ухода	10
Глава 2. Организация сестринского ухода при нарушении мозгового кровообращения	114
Глава 3. Организация сестринского ухода за онкологическими больными.....	190
Глава 4. Организация сестринского ухода при заболеваниях у людей пожилого и старческого возраста.....	242
Глава 5. Психические расстройства и особенности сестринского ухода за пациентами с различными видами зависимости	342
Глава 6. Организация сестринского ухода в педиатрии	374
Ответы к тестовым заданиям	438
Список литературы	447

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

® — препарат не зарегистрирован в РФ

▲ — торговое название препарата в РФ

АД — артериальное давление

АКДС — адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина

БЦЖ — бацилла Кальметта–Жерена (вакцина против туберкулеза)

ВБИ — внутрибольничная инфекция

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВФПД — второстепенные функции повседневной деятельности

ЖЕЛ — жизненная емкость легких

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ИМТ — индекс массы тела

ИТ — инфузионная терапия

КПА — контролируемая пациентом анальгезия

ЛП — лекарственный препарат

ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение

ЛС — лекарственное средство

МКБ — мочекаменная болезнь

МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра

НПВС — нестероидные противовоспалительные средства

ОБ — окружность бедер

ОГТТ — оральная глюкозо-толерантная проба

ООН — Организация Объединенных Наций

ОРВИ — острая респираторно-вирусная инфекция

ОРЗ — острое респираторное заболевание

ОТ — окружность талии

ОЦК — объем циркулирующей крови
ПАВ — психоактивные вещества
ПВК — периферический венозный катетер
ПВХ — поливинилхлорид
ПНМК — проходящее нарушение мозгового кровообращения
ПСА — простатоспецифический антиген
РИБ — ранговый индекс боли
РТМ — радиотермометрия
РЭА — раково-эмбриональный антиген
СД — сахарный диабет
СДС — синдром диабетической стопы
СМП — скорая медицинская помощь
СОЭ — скорость оседания эритроцитов
СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
ТТС — трансдермальная терапевтическая система
УВД — Управление внутренних дел
УЗИ — ультразвуковое исследование
ЦВК — центральный венозный катетер
ЦГСЭН — центр государственного санитарного эпидемиологического надзора
ЦНС — центральная нервная система
ЦОГ — циклооксигеназа
ЧДД — частота дыхательных движений
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭА — эпидуральная анестезия

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время формируется новое поколение медицинских сестер. Меняется содержание сестринской деятельности, меняются сестринские технологии. Появляется сложная аппаратура, одноразовый инструментарий, модернизируются привычные и давно известные манипуляции, расширяется число новых совершенных процедур. Следует очень быстро реагировать на происходящие изменения в практике и обучении.

Настоящее пособие разработано для внеаудиторной, самостоятельной работы студентов по специальности «Сестринское дело». Задача пособия — пополнить теоретические знания и практические навыки.

В пособии собран большой набор учебных заданий: проблемные и ситуационные задачи, планы сестринского ухода, схемы и сравнительные таблицы, планы обучения пациентов и родственников уходу и самоуходу, тестовые задания, алгоритмы выполнения манипуляций и т.д. Можно проработать каждое задание или выбрать те, которые вам покажутся наиболее важными.

Некоторые из них не содержат эталонов ответа. Вам предстоит самим найти вариант решения. Пути к решению могут быть разными: мы

работаем в разных отделениях, где разные условия, оснащенность ЛПУ, разное отношение к пациентам. Наверное, тем, кто имеет богатый профессиональный и жизненный опыт, будет несколько легче справиться с предложенными заданиями. Медицинским сестрам, начинающим свой путь в профессии, придется обратиться за помощью к коллегам, воспользоваться справочной литературой.

В пособии заложено значительное количество алгоритмов выполнения манипуляций, со многими из них вам еще не приходилось встречаться. Кто уже хорошо знаком с описанными здесь процедурами и манипуляциями, смогут проверить по алгоритмам, насколько качественно они их выполняют. Тем, кто еще не применял в работе включенные в пособие технологии, предстоит освоить их выполнение во время изучения дисциплины.

Создание алгоритмов манипуляций — процесс творческий и поэтому всегда достаточно сложный. Мы хорошо осознаем, что получить быстро идеальный вариант непросто.

При разработке данных алгоритмов учитывались результаты научных исследований в соответствии с принципами медицины, многолетние наработки преподавателей и практического здравоохранения, «Технологии выполнения простых медицинских услуг», подготовленные в рамках реализации российско-канадского проекта «РОКСИ».

Применение алгоритмов в обучении дает возможность унифицировать образование (технология выполнения манипуляции не должна ассоциироваться с личностью преподавателя), упорядочить требования подготовки студентов, избежать недоразумений при оценке правильно ли выполнена манипуляция на рубежных и итоговых формах контроля. Активные тренинги с помощью алгоритмов дают возможность выработать стереотип выполнения процедуры. Достойный алгоритм — почти стандарт. Стандарт гарантирует единый подход для услуги, которую должен получить пациент, независимо от того, в какое лечебное учреждение он обратился. Казалось бы, ремесло. Но без ремесла невозможно и искусство. Как музыкант начинает с гамм, так и медицинский работник должен начинать со стандарта в медицинских услугах.

Желаем успеха!

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИОПЕРАТИВНОГО УХОДА

Уход за больными хирургического профиля имеет ряд особенностей. Они обусловлены как изменениями функции органов и систем в связи с заболеванием, так и результатом наркоза, операции, наличием раны.

Перед медсестрой, работающей с такими пациентами, стоит важная задача — создать наилучшие условия для выздоровления, предупреждения осложнений, которые могут возникнуть на любом этапе периоперативного ухода.

Ухаживая за хирургическим пациентом, медицинская сестра должна уметь:

- выявлять основные проблемы пациентов до, во время и после операции, определять приоритеты;
- планировать мероприятия по уходу;
- активно участвовать в реализации плана;
- оценивать качество сестринского ухода.

Для чего следует знать:

- стандартные проблемы пациентов в пред-, интра- и послеоперационном периодах;
- роль сестры в подготовке и обследовании пациентов до операции;
- принципы ухода за пациентом в раннем послеоперационном периоде;
- фазы течения послеоперационного периода, возможные осложнения, их профилактику;

- питьевой и пищевой режим в послеоперационном периоде;
- режимы двигательной активности;
- критерии качества сестринского ухода.

Хирургия — это не только работа врача с пациентом. Многие хирурги совершенно справедливо утверждают, что операция только начало хирургического лечения, исход его определяет хорошее выживание, т.е. необходим соответствующий уход в послеоперационном периоде.

«Оперировать хирурги, выхаживают сестры» — это дошедшее до нас историческое выражение, безусловно, имело стопроцентное подтверждение еще полтора века назад. Другими, в целом, были тогда задачи медицины, не было проблем старения и перенаселения, военно-травматических эпидемий, экологических катастроф, обусловленных научно-техническим прогрессом. Не было в то время государственных программ развития здравоохранения, основы развития современной медицины, ее профилактической направленности.

Сегодня медицинская сестра — довольно мобильная «лечебная единица». Это самый многочисленный медицинский корпус в структуре лечебно-профилактических учреждений. Не достаточно блестяще провести операцию, необходимо обеспечить качественный уход и реабилитацию пациентов, что невозможно без большой армии медицинских сестер: операционных, сестер-анестезисток, реанимационных, перевязочных, палатных. Уход за пациентом — это сфера, где профессионализм получает свое первое выражение.

Работа в хирургических клиниках и отделениях проходит в условиях «повышенной готовности», где врачи и медицинские сестры никогда не уверены в том, что ждет их через минуту ни днем ни ночью. Промедление в хирургии может быть смерти подобно, поэтому здесь больше, чем где бы то ни было, должен царить корпоративный дух, рациональное построение взаимоотношений врача и сестры. Опора таких отношений — разумное распределение функций при условии абсолютного взаимного доверия. Все мысли и внимание хирургов, операционных и палатных сестер концентрируются на операционной, где происходит основная работа — хирургическая операция. В период операции практически прекращается непосредственный контакт между медицинским персоналом и пациентом и резко возрастает процесс взаимодействия между хирургами, анестезиологами, средним медицинским персоналом, обслуживающим операцию. Невозможно переоценить роль операционной сестры как партнера врача. При выполнении современных высокотехнологических операций

количество инструментов и деталей наборов на столе операционной сестры достигает нередко ста и более наименований.

Если в операционной ведущая роль отводится хирургам и анестезиологам, то в предоперационный и особенно в послеоперационный период многое зависит от внимательного и чуткого отношения к пациенту медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

Хирургия относится к той области медицины, где исключительно велико значение практических навыков. Однако технический язык и специфические действия (нередко кажущиеся больным таинственными и пугающими), которыми пользуются медики во имя здоровья и безопасности пациентов, не исчерпывают общение с больным.

Недостатки личности, столкновения с коллегами и пациентами мешают работе не меньше, чем отсутствие практического опыта. Больные — народ капризный. Сколько замечаний, обидных реплик, незаслуженно резких слов порой приходится выслушивать от них медицинским сестрам. И перетерпев это, все равно надо любить своих пациентов. Выдержка, умение владеть собой — черты обязательные как для врача, так и для медицинской сестры. Отсутствие таковых, крики, ненормативная лексика дезорганизуют и нарушают ритм работы всей медицинской бригады. Самообладание — качество, без которого немыслима работа в медицине, особенно в хирургии.

В борьбе с болезнью, помимо специальных новейших медицинских знаний, медицинской сестре необходимо умение так построить взаимоотношения с пациентом и его родственниками, чтобы они приносили максимальную пользу всем.

Поддерживая психологический контакт с больным на всех этапах периперативного ухода, медицинская сестра сможет:

- облегчить и даже снять чувство беспокойства и страха перед операцией и любым инвазивным вмешательством;
- обеспечить спокойное поведение больного в операционной, процедурной, перевязочной;
- облегчить неприятные ощущения после операции или манипуляции.

В детской хирургии медицинской сестре приходится иметь дело не с одним, а с несколькими пациентами — больным ребенком и «больными» родителями, бабушками и дедушками. Когда опасность угрожает самому дороговому и близкому существу, она выбивает их из привычной колеи, вызывает неожиданные и недопустимые в других обстоятельствах поступки, тон, выражения. Недостаток внимания со

стороны медицинского персонала, нередко только кажущийся, вызывает раздражение родителей. Со всем этим следует считаться.

Основное правило для всех медиков — «не вредить» при диагностике, лечении, уходе. Медицинская сестра — первый информатор врача о самочувствии и состоянии больных. Наблюдательность — чрезвычайно важная черта. Иногда даже малозаметные изменения состояния могут свидетельствовать о необходимости экстренной операции. Способность подметить самые слабые признаки ухудшения состояния пациента, обратить внимание на необычные — все это существенно облегчает путь к своевременной диагностике, внесению корректив в уход и лечение. Информацию о состоянии и поведении больного врач должен получать от медсестры не только на утреннем обходе, но и в течение суток. Чуткость, душевная теплота, моральная поддержка нужны пациенту не меньше, а может быть и больше, чем лекарственные препараты. Истинное милосердие, доброжелательность, приветливость медицинского персонала — важнейшие условия успеха. При выполнении той или иной процедуры не следует вести между собой разговоры на отвлеченные темы. Это может расцениваться больными как проявление невнимания к ним, ведь каждый больной считает (и он прав), что его болезнь особенная. Неторопливость в общении с больным, четкая последовательность, подчеркнутое внимание входят в понятие профессионализма. Крайне неблагоприятное впечатление производит медицинская сестра, на ходу общающаяся с пациентом и родственниками. Слово может помочь лечению, но может и ухудшить состояние пациента. При общении с пациентом необходимо придерживаться следующих правил:

- недопустимо сообщать пациенту о наличии неизлечимого заболевания или предполагаемых осложнениях после операции;
- любую информацию о пациенте дает лечащий врач или заведующий отделением;
- недопустимо вступать с пациентом в пререкания, создавать конфликтные ситуации. Поведение и внешний вид медицинской сестры должны внушать уважение, создавать у пациента уверенность, что сестра знает и умеет абсолютно все. Аккуратность, подтянутость, точность и обязательность — вот черты, привлекающие к сестре, вызывающие к ней доверие. Внешний вид, одежда сестры имеют не меньшее значение, чем объем профессиональных знаний и опыта. Сама по себе одежда оказывает благотворное влияние на процесс

лечения: придает уверенность врачу и медицинской сестре и вселяет веру в пациента. Следует помнить, что халат — визитная карточка медицинской сестры, неотъемлемая часть ее профессионального образа. Не следует допускать бестактности и праздного любопытства. Необходимо быть особенно требовательной к себе при выяснении сокровенных сторон личной жизни пациента. Терпение требуется всем членам медицинской бригады: врачам, сестрам, санитаркам. Все вместе они осуществляют общее дело — лечение и выхаживание больных. Каждый медик должен быть готов выслушать жестокие упреки и обвинения, часто несправедливые и необоснованные. Не следует вступать в спор с родителями, только что потерявшими своего ребенка, нельзя возражать родственникам только что погибшего пациента. Следует четко и уверенно действовать в критических ситуациях при наступлении резкого ухудшения состояния больного. Что бы ни случилось, пациенты не должны видеть панику или растерянность в поведении медицинского персонала. Указания врача нужно выполнять неукоснительно. Быстрая реакция медицинского персонала на зов больного и немедленное выполнение его обоснованной просьбы — один из важных показателей качества ухода за больными. Однако не все пожелания больных могут быть выполнены. Порой жалость приводит к серьезным осложнениям. Следует обязательно разрешать малейшие сомнения, возникающие при выполнении врачебных назначений. Ошибка медсестры при выполнении процедур или введении лекарств может дорого обойтись пациенту: привести к осложнениям и даже смерти.

Максимум такта необходимо проявлять по отношению к родственникам пациентов с тяжелым неизлечимым заболеванием. Особая осторожность нужна при попытках больных и родственников получить разъяснение о диагнозе, возникших осложнениях и т.д. Разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Не следует сообщать серьезных печальных известий по телефону, лучше сделать это лично. Разговор с родителями или родственниками погибшего больного должен проводить только врач, заведующий отделением или руководитель клиники. Это наиболее тягостная сторона работы в хирургии и не только. Медицинская сестра может вступать в контакт по этому поводу лишь после согласования с врачом.

Часть предложенных в данной главе заданий для самоконтроля не предусматривают эталонов ответов, возможны варианты. Человек получает тот результат, которого смог добиться, применяя определенные способы решения проблемы, используя свои знания, проявляя гибкость и настойчивость. Этот результат зависит зачастую не только от медицинской сестры, но и от материально-технических возможностей ЛПУ, численности и состава медицинских кадров и пр.

1.1. ПЛАН УХОДА ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ

Понятие «периоперативный уход», или «периоперативный процесс», охватывает деятельность медицинских сестер на всех периодах хирургического лечения пациента: предоперационном, интраоперационном и послеоперационном. Главная цель периоперативного процесса — обеспечить пациенту покой, комфорт, безопасность и возможность быстро восстановить работоспособность. Поскольку в периоперативном процессе участвуют все сестры, работающие в хирургии, назрела необходимость введения (в ряде ЛПУ это уже сделано) должности медицинской сестры-координатора — периоперативной сестры. Она не подменяет своей деятельностью медицинских сестер, но, объединив их в бригаду, планирует уход и контролирует его выполнение.

Ознакомьтесь с таблицами, приведенными ниже, на которых представлен стандартный план ведения хирургического пациента сестринским персоналом.

Стандарт, здесь, — единый подход для услуги, которую должен получать пациент, независимо от того, в какое лечебное учреждение он обратился. Казалось бы, ремесло, а как же тройкая квалификация? Но без ремесла невозможно и искусство. Как музыкант начинает с гамм, так и медицинский работник должен начинать со стандартов в медицинских услугах. Стандартные планы наблюдения и ухода за пациентом значительно облегчают работу медицинских сестер, позволяют контролировать качество ухода, могут служить основой для обучения родственников. Но четко следовать таким планам не следует. Сестринский процесс нацелен именно на индивидуальный уход за каждым пациентом. Составление индивидуального плана ухода сестрой-координатором (периоперативной сестрой) дает возможность очень внимательно и скрупулезно подойти к решению конкретных проблем пациента.

Учебные задания для самоконтроля

Изучите таблицы 1.1, 1.2 и 1.3.

Таблица 1.1. Проблемы пациента и медицинской сестры в предоперационном периоде

№ п.п.	Проблемы пациента и медицинской сестры	Цель ухода	Сестринские действия	Критерии оценки
1	Беспокойство по поводу предстоящего вмешательства	Пациент и сестра отметят снижение беспокойства	<ul style="list-style-type: none"> • Провести беседу с пациентом. • Познакомить с персоналом, участвующим в операции. • Привлечь, по возможности, к разговору пациента, перенесшего подобную операцию 	Поведение пациента
2	Страх за исход операции	Пациент и сестра отметят снижение страха	<ul style="list-style-type: none"> • Объяснить правила подготовки к операции. • Убедить, по возможности, в профессиональной компетентности операционной бригады. • Дать рекомендации относительно пищевого и питьевого режима до операции. • Провести беседу с родственниками 	Пациент спокойно обсуждает предстоящую операцию и выражает желание следовать рекомендациям сестры и врача
3	Дефицит знаний (как вести себя после операции)	Пациент получит необходимую информацию до операции	<ul style="list-style-type: none"> • Обучить пациента: <ul style="list-style-type: none"> упражнениям на дыхание и откашливание; методам расслабления; способам переворачивания и движения в постели. • Убедить пациента в необходимости следовать полученным рекомендациям для профилактики осложнений после операции 	Пациент демонстрирует мероприятия по профилактике послеоперационных осложнений, выражает желание следовать полученным рекомендациям

4	Риск осложнений	Отсутствие осложнений в ходе и после операции	<ul style="list-style-type: none"> • Проверить наличие письменного согласия пациента на операцию. • Подготовить пациента к операции: гигиенический душ накануне операции; бритье волосяного покрова в области операции и вокруг нее; проследить за ограничением пищевого и питьевого режима в течение 10–12 ч до операции; • поставить очистительную клизму накануне и в день операции; • провести санацию влагалища (в гинекологии); • проверить алергоанамнез; • измерить пульс, АД, температуру; • снять с пациента очки, ювелирные украшения, зубные протезы; • ввести в день операции назначенные лекарственные препараты перед анестезией; • наложить (по необходимости) эластичные повязки на нижние конечности, определить риск тромбообразования; • обеспечить безопасную транспортировку в операционный блок 	Пациент получил весь комплекс необходимых мероприятий перед операцией, о чем свидетельствуют его состояние и заполненная документация
---	-----------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Задания к таблице 1.1

- Оценить участие палатной сестры на этапе подготовки пациента к плановой операции, полученные данные занести в рабочую тетрадь.
- Оценить участие и составить алгоритм действий операционной сестры на этапе подготовки к плановой операции.
- Сравнить участие и ответственность каждой в ведении пациента в предоперационный период.
- Подумать, будет ли меняться содержание их деятельности в случае проведения операции по экстренным показаниям.
- Вспомнить, с какими нестандартными проблемами пациента личностного плана приходилось встречаться вам на этапе подготовки к операции.

Учебная задача

Пациентка В., 42 года, поступила в гинекологическое отделение больницы 19 марта с диагнозом: воспалительная киста левого яичника. Жалуется на боли в левом паху, отдающие в левую ногу, субфебрильную температуру, головную боль, слабость, возникшие два дня назад. Замужем, имеет двоих детей, 8 и 22 лет, работает воспитателем детского сада. В окружающем ориентируется адекватно. Тревожится по поводу возможной операции, выражает опасение за свое будущее.

Из анамнеза: была оперирована 2 года назад по поводу кисты правого яичника, неоднократно лечилась в стационаре по поводу острого аднексита.

Объективно: сознание ясное, ведет себя беспокойно из-за боли. Кожные покровы чистые, бледные, ЧДД — 20 в мин, АД — 140/90 и 130/90 мм рт. ст., Т° — 37,5, рост — 168 см, вес — 95 кг, выраженное варикозное расширение вен левого бедра и голени. Живот мягкий, болезненный в левом паху. Симптомов раздражения брюшины нет. Лабораторные данные: умеренный лейкоцитоз в анализе крови, СОЭ — 25 мм/ч.

Из назначений врача: обследование, наблюдение, дротаверин (ношпа*) 2,0 мл в мышцу и *Sol. Analgini* 50% 2,0 мл при болях.

Задания:

- определить, какие потребности нарушены у пациентки;
- выявить проблемы на настоящий момент и зафиксировать их в рабочей тетради;
- установить приоритетность в решении проблем;
- составить план ухода за пациенткой;
- определить критерии эффективности ухода;
- зафиксировать полученные данные в рабочую тетрадь.

Таблица 1.2. Проблемы пациента и медицинской сестры в интраоперационном периоде

№ п.п.	Проблемы пациента и медицинской сестры	Цель ухода	Сестринские действия	Критерии оценки
1	Риск «операционного стресса»	Снижение риска стресса	<p>Познакомиться с пациентом до операции, обращаться к пациенту только по имени, внимательно и требовать этого от других.</p> <p>Сократить лишние перемещения по операционной.</p> <p>Сократить шум и разговоры в операционной.</p> <p>Бесшумно, бережно раскладывать инструменты, не допускать звона инструментов.</p> <p>Убедиться, что пациент занял правильное положение и чувствует себя по возможности комфортно.</p> <p>Обеспечить психологическую поддержку, если вмешательство проводится под местной анестезией</p>	Поведение пациента
2	Риск осложнений, связанных с операцией	Отсутствие осложнений	<p>Уточнить личность пациента, направленного в операционную.</p> <p>Убедиться в наличии согласия на операцию.</p> <p>Еще раз уточнить алергоанамнез.</p> <p>Оценить состояние пациента на предмет готовности к анестезии.</p> <p>Проверить работу электросети и электрического оборудования, заземление.</p> <p>Предупредить риск ожога при работе с ЭХГ (надежная фиксация пассивного электрода).</p> <p>Убедиться в отсутствии ожогов при переводе из операционной.</p> <p>Помочь переместить и правильно уложить пациента на операционный стол.</p> <p>Установить в операционной необходимую температуру и влажность</p>	Отсутствие травмы в результате химического, физического, электрического воздействия. Температура тела в пределах норм. Нормальное дыхание и цвет кожных покровов

3	Риск инфицирования	Максимальное снижение риска	<p>Убедиться в наличии необходимого оборудования, инструментов и расходных материалов.</p> <p>Провести оперативный контроль стерильности оснащения во время приготовления инструментов, шовного и перевязочного материала, белья.</p> <p>Строго соблюдать асептику и антисептику с момента подготовки до окончания операции.</p> <p>Сосчитать количество инструментов и салфеток до и после операции.</p> <p>Оценить состояние кожных покровов в месте операционного доступа до и после операции.</p> <p>Провести обработку операционного поля до и после операции.</p> <p>Наложить асептическую повязку на область шва</p>	Педантичное выполнение требований санитарного режима согласно ОСТ
4	Риск пролежней	Максимальное снижение риска	<p>Подложить подушки под места возможного образования пролежней (затылок, локти, крестец, пятки).</p> <p>Осмотреть места возможного образования пролежней во время перевода пациента в палату.</p> <p>Предупредить палатную сестру о немедленном проведении мероприятий по профилактике пролежней, если операция длилась более 2 ч.</p> <p>Способствовать координации действий всех членов бригады</p>	Состояние кожных покровов в местах образования пролежней. Отсутствие жалоб на онемение