

**ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК. 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Раздел 7. Сестринский уход при туберкулёзе**

Особенности работы медицинской сестры в противотуберкулёзном диспансере

Преподаватель: Кокорина Т.В.

В 1887 г. в Эдинбурге (Шотландия) был открыт первый противотуберкулезный диспансер (от франц. dispenser - избавлять, освобождать). Это новое учреждение оказывало больным не только медицинскую, но и социальную помощь. Затем диспансеры были созданы в других европейских странах.

В настоящее время в России сформирована сеть противотуберкулёзных учреждений. Это диспансеры, санатории для детей и взрослых, детские оздоровительные учреждения. В основе лежит противотуберкулезный диспансер (ПТД). ПТД – это лечебное учреждение, в котором лечатся все больные с различными формами туберкулёза. В них оказывается также профилактическая помощь группе риска и людям, состоящим на диспансерном учёте.

В ПТД имеется стационар (терапевтическое, хирургическое, отделение для внелёгочных больных), диспансерно–поликлиническое отделение, лаборатории, рентгенологическое отделение, дневной стационар (где лечатся больные с незапущенными формами туберкулёза, МБТ (-) и больные выполняющие все рекомендации). ПТД имеет определённый район обслуживания, который разбит на участки (участковый принцип работы).

Работу на участке с населением от 30 до 50 тысяч человек осуществляет участковый фтизиатр. Ему помогает участковая фтизиатрическая м/с.

В обязанности работы входит:

- 1. Своевременная диагностика туберкулёза у пациентов направленных на консультацию из ЛПУ;**
- 2. Наблюдение за всеми контингентами состоящими на диспансерном учёте;**

- 3. Лечение больных в амбулаторных условиях, а также своевременное направление их в стационар или санаторий;**
- 4. Отбор больных на хирургическое лечение;**
- 5. Оздоровительная работа в очагах туберкулёзной инфекции;**
- 6. Проведение экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности;**

7. Организация противотуберкулёзной работы на промышленных предприятиях расположенных на территории участка;

8. Анализ эпидемиологических показателей по туберкулёзу на участке.

Эпидемиологические показатели:

1. Заболеваемость – это количество людей впервые заболевших туберкулёзом за год на 100 тыс. населения.
2. Инфицированность – это количество людей с впервые выявленной «+» пробой Манту за год на 100 тыс. населения. Инфицированный человек – это человек, в организме которого находится возбудитель туберкулёза, но у него нет развития заболевания (больше характерно для детей и подростков, выявляется по пробе Манту).

3. Болезненность – это количество всех больных туберкулёзом состоящих на диспансерном учёте на конец года на 100 тыс. населения.

4. Смертность – это количество людей умерших от туберкулёза за год на 100 тыс. населения.

Важнейшая задача диспансера заключается в выявлении и учете всех больных туберкулезом среди жителей обслуживаемого района.

Впервые выявленных больных туберкулезом в диспансере подразделяют на три группы:

- 1) Своевременно выявленные;**
- 2) Несвоевременно выявленные;**
- 3) Больные с запущенными формами.**

К первой группе относятся лица с неосложненными формами первичного туберкулёза органов дыхания (первичный туберкулёзный комплекс (ПТК), туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов), а также лица с вторичными формами туберкулеза (очаговый, инфильтративный и диссеминированный без распада).

Вторую группу среди впервые выявленных больных составляют больные с теми же формами туберкулеза, что и в первой группе, но с наличием распада и бактериовыделения, а также лица с осложненными и хроническими формами первичного туберкулёза. Туберкулез у больных этой группы нередко имеет определенную давность, что может подтвердить оценка предшествующих флюорограмм.

Третья группа с запущенным (поздно выявленным) туберкулезом включает больных кавернозным, фиброзно-кавернозным, цирротическим туберкулёзом.

Важный раздел занимает противотуберкулёзная работа в районных поликлиниках .

Содержание противотуберкулёзной работы на участке:

1. Контроль за своевременным прохождением флюорографического обследования с целью раннего выявления туберкулёза;

2. Выполнение клинического минимума при подозрении на туберкулёз (флюорография, ОАК, ОАМ, анализ мокроты на КУМ (кислотоустойчивую микобактерию), туберкулинодиагностика);

3. Полная осведомлённость обо всех больных активным туберкулёзом проживающих в районе обслуживания. Эти сведения запрашиваются в ПТД и вносятся на амбулаторную карту с указанием формы заболевания и группа диспансерного учёта;

4. Выделение контингента относящихся к группе риска по туберкулёзу;

Участковые фтизиатры ежемесячно посещают поликлиники, где контролируют обследования группы риска, информируют о выявлении новых случаев туберкулёза и при необходимости консультируют больных.

Медицинские сестры диспансера

делятся на:

Медицинская сестра
стационара

Участковая
медицинская
сестра

Участковая медицинская
сестра (взрослого
отделения)

Участковая медицинская
сестра (детского
отделения)



Роль медицинской сестры стационара



- ▶ Учитывая особенности психики больного выдача препаратов осуществляется только в присутствии медсестры под постоянным контролем в строго определённое время.
- ▶ Обеспечить и обучить пациента пользоваться индивидуальной плевательницей.
- ▶ Контроль за побочными реакциями на противотуберкулезные препараты.
- ▶ Контроль за тем, что бы пациенты перемещались по диспансеру строго в одноразовых масках.
- ▶ Пациенты имеют право покидать стены диспансера только при наличие пропуска.

Роль участковой медицинской сестры

Участковая медицинская сестра должна уметь вести документацию диспансера, владеть техникой подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций, уметь проводить туберкулиновые пробы, оказывать доврачебную помощь при легочном кровотечении.

Весьма ценную помощь медицинская сестра оказывает врачу в организации приема больных: до начала приема она отбирает соответствующие истории болезни, подбирает к ним рентгенограммы, подклеивает результаты анализов после просмотра их врачом, получает выписки из больниц и санаториев.



Роль участковой медицинской сестры

М/с регулирует прием, вызывая к врачу в первую очередь больных с повышенной температурой, жалобами на боли, кровохарканье, одышку или плохое самочувствие, с больничным листом на руках.

Заполняет направления и справки, рецепты, учетные статистические формы. В процедурном кабинете она проверяет регулярность посещения назначенных больных, выявляет «оторвавшихся», и выявляет причины «отрыва»; работает с контрольной картотекой, отмечает даты прихода и вновь назначает явки больного, вписывает диагнозы, группу учета, данные о стационарном, санаторном и амбулаторном лечении, изменения в трудовой деятельности больных, их месте жительства, выявляет лиц, не явившихся в контрольные сроки.

Краткий перечень должностных обязанностей медицинской сестры противотуберкулезного диспансера



1. Должна владеть методиками проведения профилактических, лечебных, диагностических, санитарно – гигиенических процедур и манипуляций, назначенных врачом, качественно и своевременно их выполняет.

2. Соблюдать алгоритмы выполнения ухода за венозными катетерами:

периферический венозный катетер (вазакан)

центральный венозный катетер (подключичный катетер).

3. Владеть методикой определения группы крови.

Краткий перечень должностных обязанностей медицинской сестры противотуберкулезного диспансера стационара



4. Соблюдать технологию выполнения процедур и манипуляций.
5. Проводить качественную и своевременную подготовку пациентов к различного рода исследованиям.
6. Своевременно сообщать лечащему врачу и заведующему отделением, а в их отсутствие дежурному врачу:
 - об отказе пациента от проведения процедур или манипуляций,
 - об осложнениях, связанных с проведением медицинских манипуляций, приемом медикаментов,
 - о случаях возникновения чрезвычайных происшествий, нарушений правил внутреннего распорядка пациентами.

7. Соблюдать правила приема лекарственных средств пациентами (в присутствии медицинской сестры).

8. Осуществлять получение из ЦСО перевязочного материала, предметов ухода и упаковок для гигиенического ухода за пациентами.

9. Проводить контроль стерильности полученного материала и медицинского инструментария.

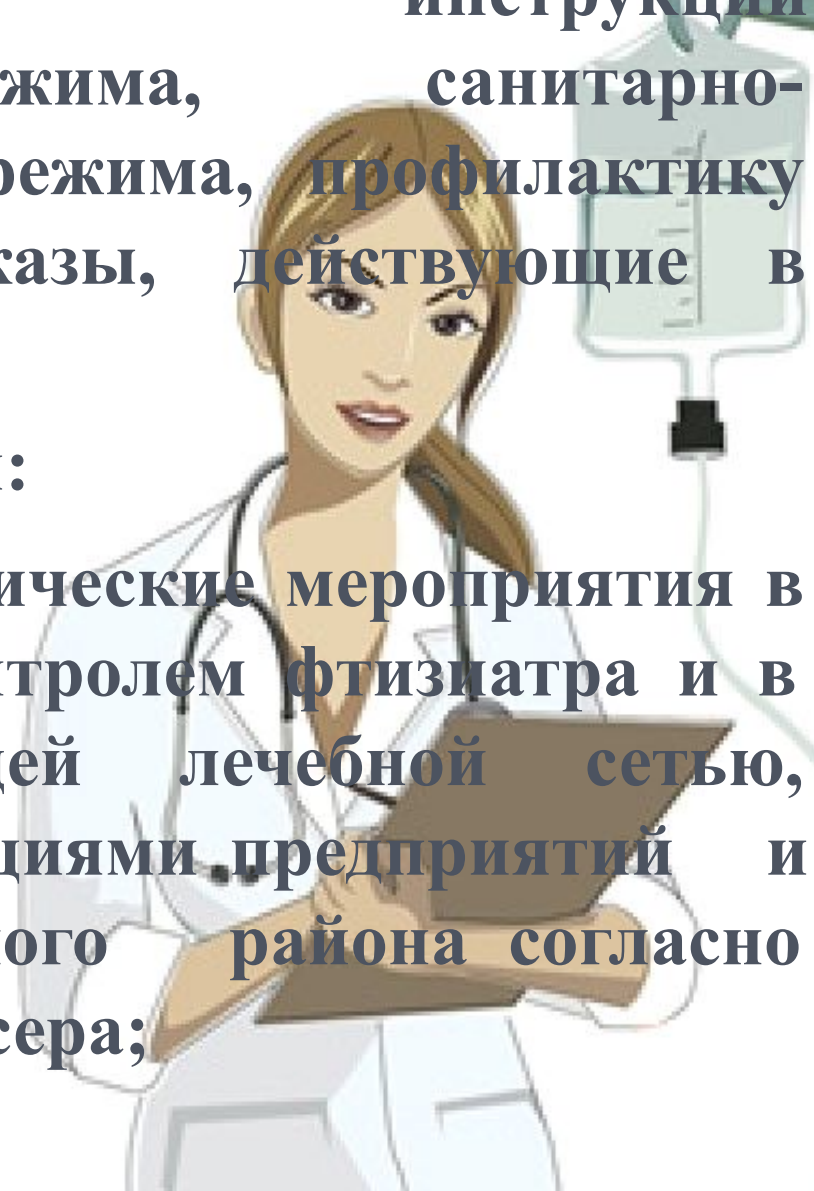
Краткий перечень должностных обязанностей участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера

- 1. Знать основные сведения по эпидемиологии туберкулёза, клинике, специфической профилактике, лечению и противоэпидемической работе.**
- 2. Владеть техникой постановки туберкулиновых проб.**
- 3. Проводить подготовительную работу к приёму туберкулёзных больных, контролировать наличие на рабочем месте врача необходимых бланков, медицинского инвентаря.**
- 4. При необходимости оказывать помощь туберкулёзным больным при подготовке к осмотру и обследованию.**

5. Знать методику обработки инструментария, по соблюдению дез.режима, режима, профилактики ВИЧ-инфекции, все приказы, действующие в диспансере.

6. На участке обслуживания:

- проводить противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулеза под контролем фтизиатра и в постоянном контакте с общей лечебной сетью, общественными организациями предприятий и учреждений обслуживаемого района согласно комплексного плана диспансера;



Особенности работы на ФАПе:

профилактика туберкулёза заключается в
ревакцинации БЦЖ детей и подростков в
декретированные сроки и контроле над
химиопрофилактикой назначенной фтизиатром;

Выявление туберкулёза:

- туберкулинодиагностика массовая (формирование списка детей и подростков для выездной бригады) и индивидуальная (до обследования лиц, не охваченных массовой туберкулинодиагностикой),
- учёт всех обследованных и направленных на дообследование;

- дифференцированные флюорографические осмотры (формирование списков подлежащих обследованию для выездной бригады), направленные на дообследование рентген «+» лиц;

- обнаружение МБТ (отбор лиц подлежащих обследованию, сбор материала и доставка в клиническую и бактериологическую лаборатории);

- иммуноферментный анализ (отбор лиц подлежащих обследованию, забор материала и доставка в лабораторию ЦРБ);

Передвижные флюорографы



Работа с группой риска – клинический скрининг:

- **повторные обходы с опросом населения с целью выявления легочного и внелёгочного туберкулёза;**
- **составление списков лиц подозреваемых на туберкулёз и направление их на обследование;**
- **организация обследования всех вновь прибывших на участок (беженцы, переселенцы, мигранты, бомжи).**

Организация и контроль за лечением:

- проведение химиотерапии больных туберкулёзом по назначению врача фтизиатра;
- оказание неотложной доврачебной помощи (лёгочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс).

Противоэпидемические мероприятия:

работа в очагах туберкулёзной инфекции:

- контроль над изоляцией больного и детей из очага;**
- обучение контактных правилам общения с больным дома;**
- выдача дез.средств, обучение и контроль над их применением;**
- организация обследования контактных и проведение им химиопрофилактики.**
- работа с контактными , организация обследования под контролем эпидемиолога.**

Санитарное обучение населения:

- организация дней борьбы с туберкулёзом;
- лекции, беседы;
- распространение печатной продукции;
- изготовление бюллетеней.

Группы диспансерного учёта (у взрослых):

По приказу № 109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании мероприятий в РФ» противотуберкулёзных

– О–А - группа наблюдаются лица с неутонченной активностью туберкулёзного процесса;

О–Б группа – это лица, нуждающиеся в дифференциальной диагностике;

1 группа: наблюдают лиц с активными формами туберкулёза любой локализации;

(1А) группа – больные с острым течением заболевания;

(1Б) группа – больные с вялотекущим течением заболевания;

2 группа: наблюдают лиц с активными формами туберкулёза любой локализации, но с хроническим течением заболевания (течение заболевания больше 2 – х лет);

(2А) группа – больные, у которых в результате интенсивного лечения может быть достигнуто клинические изменения;

(2Б) группа – больные с далеко зашедшим процессом, излечение которых не может быть достигнуто ни какими методами и которые нуждаются только в общеукрепляющем симптоматическом лечении.

3 группа – наблюдаются лица, излеченные от туберкулёза любой локализации с большими и малыми остаточными изменениями или без них.

В рамках 1, 2, 3 групп диспансерного наблюдения выделяют больных с туберкулёзом органов дыхания (ТОД) и туберкулёзом внелегочной локализации (ТВЛ).

4 группа- наблюдаются лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулёзной инфекции.

4-А – лица, находящиеся в бытовом и производственном контакте.

4-Б – лица, имеющие профессиональный контакт с источником инфекции.

Туберкулёз сомнительной активности (определение активности туберкулёзного процесса). Данным понятием обозначают туберкулёзные изменения в лёгких и других органах, активность которых представляется неясной. Для уточнения активности процесса выделена О-А подгруппа Д-наблюдения, назначение которой состоит в проведении комплекса диагностических мероприятий. Основным комплексом диагностических мероприятий проводят в течение 2 – 3 недель.

При необходимости тест-терапии срок диагностики не должен превышать 3 месяцев.

Из 0 - группы пациенты могут быть переведены в 1 - группу или направлены в лечебно-профилактические учреждения общей сети.

Активный туберкулёз – специфический воспалительный процесс, вызванный МБТ и определяемый комплексом клинических, лабораторных и лучевых(рентгенологических) признаков. Больные активной формой туберкулёза нуждаются в проведении лечебных, диагностических, противоэпидемических, реабилитационных и социальных мероприятий.

Всех больных активным туберкулёзом, выявленных впервые или с рецидивом туберкулёза, зачисляются только в 1 группу Д-наблюдения. Взятие их на учёт во 2 группу не допускается. Вопрос о взятии на учёт впервые выявленных больных туберкулёзом и снятии с этого учёта решает КЭК по представлению фтизиатра. О взятии под Д-наблюдение и о прекращении наблюдения противотуберкулёзное учреждение извещает пациента в письменной форме. Даты извещения регистрируют в специальном журнале.

Хроническое течение активных форм туберкулёза – длительное более 2 лет, в т.ч. волнообразное (с чередованием затиханий и обострений) течение заболевания, при котором сохраняются клинико-рентгенологические и бактериологические признаки активности процесса.

Хроническое течение активных форм туберкулёза возникает вследствие позднего выявления заболевания, неадекватного и несистематического лечения, особенности иммунитета или наличия сопутствующих заболеваний, осложняющих течение туберкулёза. Из 2А подгруппы пациент может быть переведён в 3 группу или 2Б подгруппу.

Клиническое излечение – исчезновение всех признаков активного туберкулёзного процесса в результате проведённого основного курса комплексного лечения. Констатация клинического излечения туберкулёза и момент завершения эффективного курса лечения определяются отсутствием положительной динамики признаков туберкулёзного процесса в течение 2 – 3 месяцев. Срок наблюдения в 1 группе не должен превышать 24 месяцев. Из 1 группы больной может быть переведён в 3 или 2 группу.



Важным разделом работы в очаге является обучение больного и членов его семьи санитарно-гигиеническим навыкам



Действия работников ПМСП

(1-й уровень инфекционного контроля)^{КИХ}:

- быстро выявить потенциально заразных больных ТБ;
- принять своевременные меры по изоляции таких больных от общего потока пациентов;
- направить больного в специализированную ТБ – службу для своевременного начала курса соответствующего лечения.

2-й уровень:

Меры по контролю за состоянием окружающей среды (механическое воздействие):

- **максимально использовать возможности естественной вентиляции и контроля за движением воздушного потока (удалять воздух из помещений с людьми) в зонах присутствия больных ТБ и при сборе мокроты посредством:**
- **проветриваний,**
- **применения оконных вентиляторов или системы вытяжной вентиляции для удаления загрязненного воздуха из изолированных помещений.**

3-й уровень:

Индивидуальные средства защиты.

работники ПМСП должны знать, что:

- хирургические маски (матерчатые или бумажные) не защищают пользователя от попадания в организм содержащегося во вдыхаемом воздухе инфекционного аэрозоля;**
- матерчатые и бумажные хирургические маски, если их используют заразные больные ТБ, могут предотвратить распространение микроорганизмов от бактериовыделителя к другим людям, так как они задерживают крупные частицы отделяемого возле носа и рта;**

- без соответствующих мер административного контроля за состоянием окружающей среды респираторы не способны адекватным образом защитить медицинских работников от инфекции;

- респираторы служат важным дополнением к другим мероприятиям инфекционного контроля;

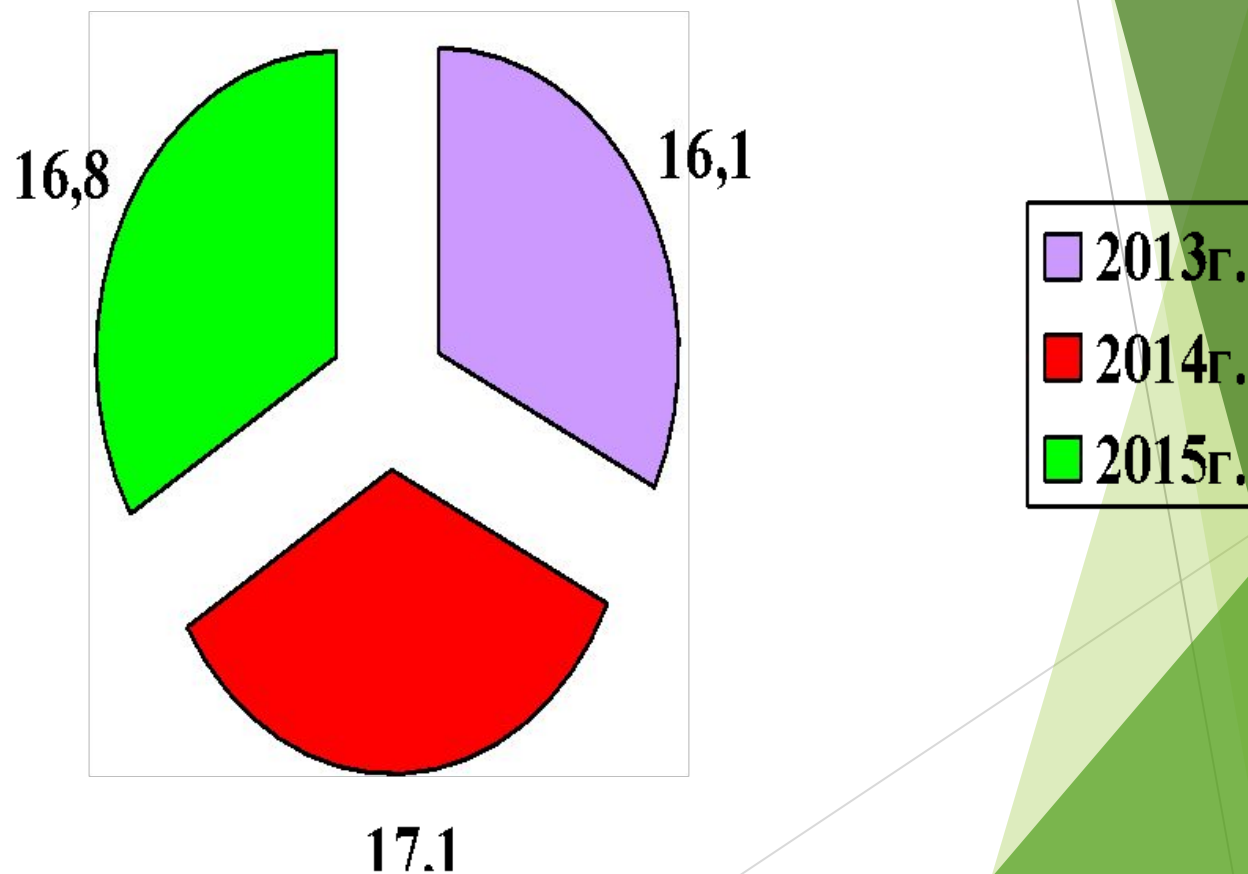
Роль м/с в лечебных мероприятиях

Лечить туберкулез самостоятельно невозможно - при неконтролируемом приеме лекарств у микобактерии туберкулеза развивается устойчивость к лекарствам, и вылечить туберкулез становится намного сложнее.

Лекарственно-устойчивая форма туберкулёза – это устойчивость к 2 –ум базисным противотуберкулёзным препаратам (изониазид и рифампицин).

Структура пролеченных больных с множественной лекарственной устойчивостью

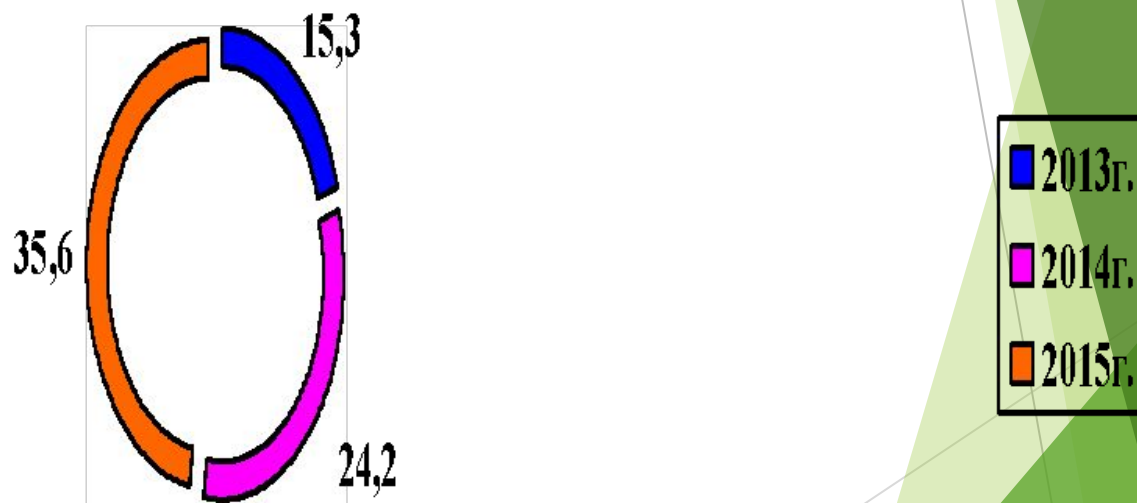
Диаграмма № 2



Удельный вес пролеченных больных с сочетанной патологией

«туберкулез + ВИЧ»

Диаграмма № 3



Лечение больных туберкулезом проводится в противотуберкулезных диспансерах.

Основные принципы лечения:

- лечение должно быть ранним и своевременным (ранними формами туберкулёза является очаговый туберкулёз лёгких и инфильтративный туберкулёз);
- лечение должно быть длительным и непрерывным (минимальный курс лечения составляет полгода, а в среднем примерно год), препараты необходимо принимать непрерывно т. к. может развиваться лекарственно - резистентная форма туберкулёза;

- лечение должно быть преемственным:
- на острой стадии заболевания лечение в стационаре ПТД;
- после ПТД проводится санаторно-курортное лечение от 2 до 6 месяцев (Башкирия, Краснодарский край);
- длительное диспансерное наблюдение у участкового фтизиатра в ПТД по месту жительства.
- лечение комплексное, проводится:
химиотерапия;
патогенетическая терапия; диетотерапия;
коллапсотерапия; хирургическое лечение.

- на острой стадии заболевания назначаются не менее 4-х противотуберкулёзных препаратов одновременно, а при хроническом течении заболевания - 5 - 7 препаратов одновременно;
- лечение на всех этапах бесплатное.

Химиотерапия (этиотропное) - это назначение противотуберкулёзных препаратов. Является основным видом лечения.

По воздействию на МБТ противотуберкулёзные препараты могут оказывать бактерицидное действие (убивать МБТ) и бактериостатическое действие (приостанавливает рост и размножение). Выделяют препараты 1 - го ряда или базисные (основные):

- изониазид;
- рифампицин;
- стрептомицин;
- пиразинамид;
- этамбутол.

Резервные препараты: канамицин; этионамид; протионамид; фторхинолоны.

Курс химиотерапии состоит из 2-х фаз с разными задачами:

Фаза интенсивной терапии направлена на ликвидацию клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на МБТ с целью прекращения бактериовыделения и предотвращения развития лекарственной устойчивости, уменьшение инфильтративных и деструктивных изменений в органах.

Интенсивную фазу химиотерапии продолжают не менее 2-х месяцев. Через 2 месяца от начала лечения вопрос о переходе ко второму этапу решает медико-социальная экспертная комиссия (МСЭК). В фазе интенсивной терапии назначают 4 основных препарата: изониазид, рифампицин, пиразинамид и стрептомицин или этамбутол.

Фаза продолжения терапии направлена на подавление сохраняющейся микобактериальной популяции. Она обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей больного. В фазе продолжения лечения назначают 2 основных препарата: изониазид, рифампицин в течение 4-х месяцев. В беседах с больным следует убедить его в необходимости длительного и непрерывного лечения, т.к. от этого зависит успех лечения.

Побочные явления на препараты:

Изониазид - является наиболее часто используемым препаратом.

- нейротоксичен;

- противопоказан при эпилепсии, при заболеваниях ЖКТ (язвенные болезни) и при патологии печени (гепатиты, циррозы);

- гепатотоксичен (боли в правом подреберье, тошнота, желтуха).

Тактика при выявлении побочных явлений:

1. Предупредить фтизиатра;

2. Заменить препарат другим, менее токсичным.

Для предупреждения развития токсического гепатита назначается препарат из группы гепатопротекторов - это препараты, улучшающие обменные процессы в печени.

- карсил;
- эссенциале.

Рифампицин - оказывает нефротоксическое воздействие, окрашивает слёзы и мочу в розовый цвет.

Стрептомицин - оказывает ототоксическое воздействие.

Канамицин - оказывает ототоксическое воздействие.

Этамбутол - противопоказан при патологии зрения.

Пиразинамид - влияет на обмен мочевой кислоты и способствует обострению подагры.

Патогенетическая терапия - направлена на механизм развития заболевания: повышение иммунитета, снижения воспалительного процесса, улучшение рассасывания. В патогенетическую терапию входит диетотерапия - ВБД. Это самая высококалорийная диета.

Роль медсестры в контроле за приёмом противотуберкулёзных препаратов больным:

В обязанности медицинской сестры входит строгое выполнение назначений врача. Все лекарства больной должен принимать в установленные часы (до еды, после еды) и только в присутствии сестры, которая несет личную ответственность за прием лекарства больным.

Побочные действия возможны при приёме противотуберкулезных препаратов:

При проведении химиотерапии возникают различные побочные действия, зависящие как от препарата, так и от состояния больного. Побочные явления могут быть стойкими и легко устранимыми; обязанность медицинской сестры — немедленно сообщить врачу о появлении сыпи на коже больного, его жалобах на зуд, тошноту, головокружение и т. д.

При возникновении побочных явлений следует уменьшить дозу препарата или прекратить его прием, заменить один препарат другим, использовать, в лечении сочетание препаратов с витаминами группы В.

Лечебное питание – ВБД (высокобелковая диета)

Характеризуется повышенным содержанием белков, жиров, витаминов (особенно С) и солей кальция. Цель ее укрепить общее состояние и повысить сопротивляемость организма хронической инфекции. В диете рекомендуются продукты и блюда, содержащие животный белок, соли кальция, витамины, мясо, рыба, птица, яйца, сыр, творог, овощи и фрукты, зелень. Витамины в диету вводятся в составе овощей, настоя шиповника, отвара из пшеничных отрубей. Поваренная соль – по норме. Режим питания 5 – 6 раз в сутки.

Состав суточного рациона: белки – 130-160 г, жиры – 100-120 г, углеводы – 450-500 г. Калорийность – 3500-4000 килокалорий.



Медикаментозная патогенетическая терапия:

- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС);
- стероидные гормоны (преднизолон) назначается в тяжёлых случаях заболевания и в комбинации с противотуберкулёзными препаратами;
- антигистаминные средства (супрастин, тавегил);
- витамины;
- гепатопротекторы (эссенциале, карсил);
- иммуностимуляторы (Т - активин, тималин).

Коллапсотерапия - выделяют 2 варианта:

- искусственный (лечебный) пневмоторакс;
- пневмоперитонеум.

Искусственный (лечебный) пневмоторакс - вводится дозированное количество воздуха в плевральную полость, давление в плевральной полости повышается, лёгкое поджимается (коллапс лёгкого). В результате чего края каверны и другие дефекты воспаления быстрее заживают.

Искусственный пневмоторакс

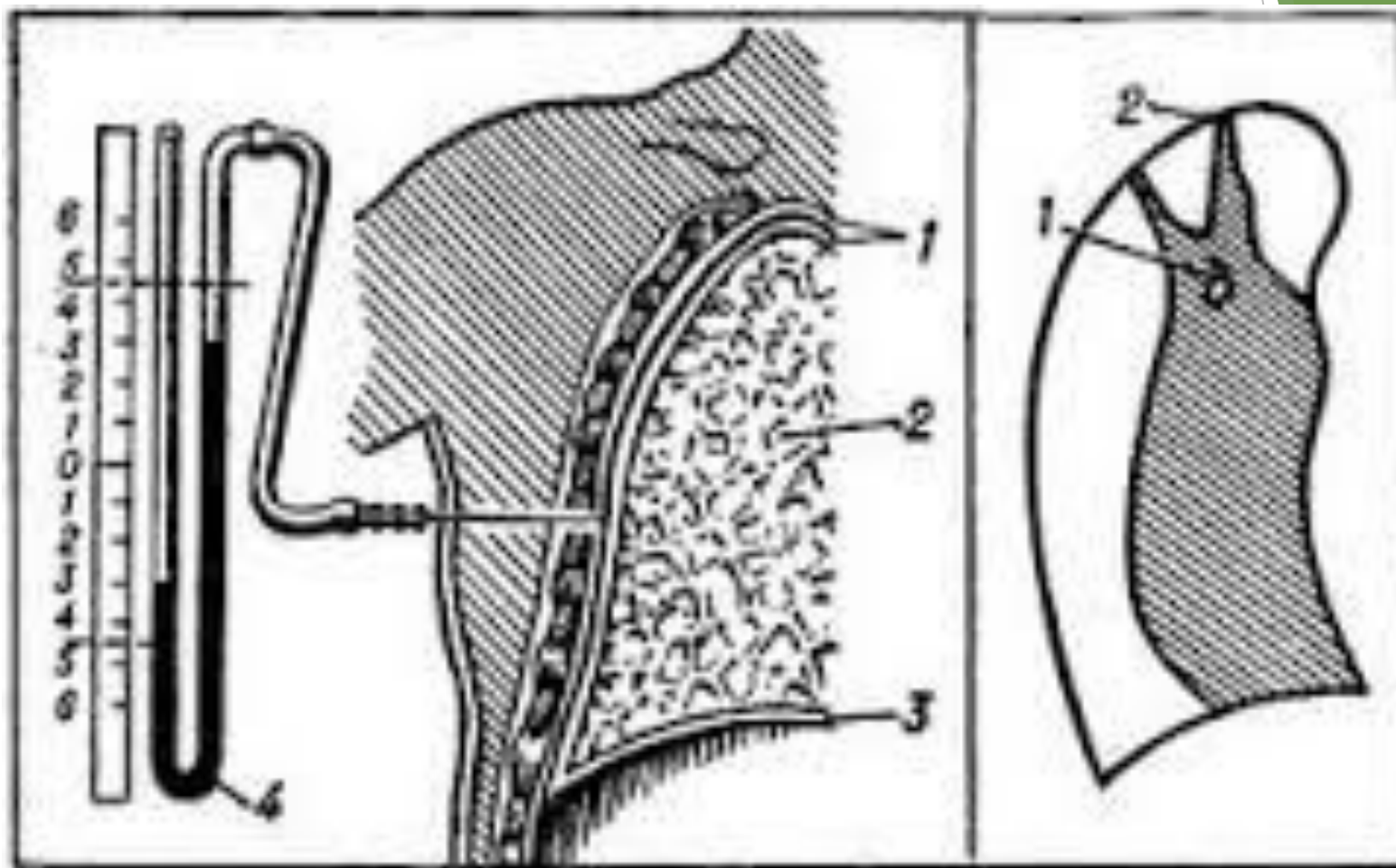


Рис. 1.

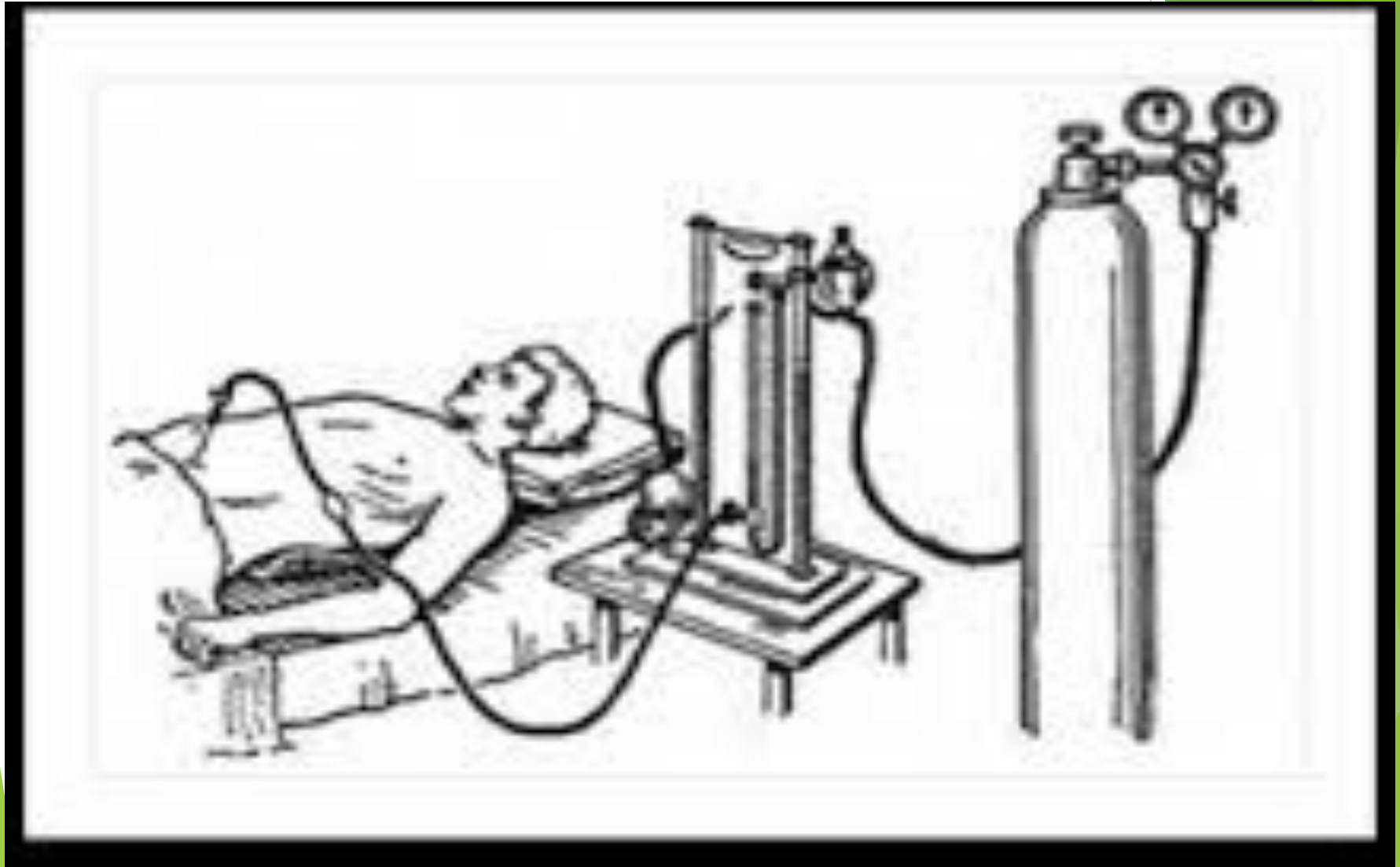
Рис. 2.

Пневмоперитонеум - прокол в брюшной стенке, в неё вводится воздух, давление в ней повышается, диафрагма поднимается вверх и поджимает нижние отделы лёгкого.

Показания для коллапсотерапия:

- отсутствие эффекта медикаментозной терапии;
- развитие лекарственно - устойчивой формы туберкулёза;
- выраженные побочные эффекты на противотуберкулёзные препараты;
- развитие осложнений.

Искусственный пневмоперитонеум



Оперативное лечение - резекция пораженного участка.

Показания:

- запущенные формы туберкулёза (фиброзно - кавернозный и цирротический туберкулёз);**
- осложнения.**

До и после операции химиотерапия продолжается.

Симптомы лёгочного кровотечения

1. Выделение при кашле алой крови.
2. Бледность кожных покровов.
3. Кожа покрывается холодным липким потом.
4. Учащенное сердцебиение.
5. Снижение артериального давления.
6. Одышка.
7. Слабость, головокружение.

- Оценить состояние пациента



- Обеспечить вызов врача



- Придать пациенту полусидячее положение



- Если известен очаг кровотечения (каверна), уложить пациента на сторону поражения



- Успокоить пациента, запретить разговаривать, двигаться. Рекомендовать глубоко дышать и сдерживать кашель



- Дать почкообразный лоток для сбора отделяемого (кровь, мокрота), полотенце или пеленку



Алгоритм оказания доврачебной помощи

- Измерить АД, пульс



- Приготовить набор для оказания неотложной помощи при легочном кровотечении



Препараты для неотложной помощи

Кровоостанавливающие средства: р-р
аминокапроновой кислоты, дицинона,
викасола, кальция хлорида.

Физ.раствор, полиглюкин.

- Приготовить набор для внутривенного вливания



- Введение лекарственных препаратов по назначению врача



Инфекционная безопасность медицинских работников



Медицинские работники

должны проходить предварительные, при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры с флюорографией 2 раза; использовать средства защиты органов дыхания: респираторы, маски;



одевать перчатки во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими жидкостями;



Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием, проводить гигиеническую обработку рук.





Спасибо за внимание!