

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает право медицинским профессиональным некоммерческим организациям разрабатывать, в том числе с учетом результатов клинической апробации, и утверждать клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи. Они не имеют силы нормативных и правовых актов, однако, являясь результатом коллективной работы профессионалов высокого уровня, безусловно, должны стать руководством к действию для каждого медицинского работника. Более того, при возникновении различных инцидентов медицинский работник может сослаться, что он руководствовался федеральными рекомендациями, и, скорее всего, инстанция, разбирающая конфликтную ситуацию, должна будет принять во внимание эту информацию.

В настоящее время уже разработаны и утверждены национальные рекомендации по многим заболеваниям (синдромам, состояниям) и видам медицинской деятельности (технологиям). Их текст размещается на сайтах профессиональных организаций, которыми они были утверждены, а также на сайте Минздрава РФ. Единой и полной базы федеральных рекомендаций пока нет.

Некоторые из утвержденных рекомендаций имеют прямое отношение к работе медицинских сестер. В настоящей статье мы хотим познакомить читателя с некоторыми из них.

ПРОВОКАЦИОННЫЕ ПРОБЫ И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

В первую очередь мы расскажем о Федеральных клинических рекомендациях по анафилактическому шоку, которые были утверждены президиумом Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов 23 декабря 2013 г. В них, наконец, даны ответы на вопросы:

- нужно ли проводить аллергологические пробы перед применением лекарственных препаратов (новокаина, пенициллина и др.) и

- что нужно делать, если у больного возникли признаки развития анафилактического шока?

Напомним читателю, что анафилактический шок — это острая, тяжелая, системная, угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики: снижением систолического

артериального давления ниже 90 мм рт. ст. или на 30% от исходного уровня, приводящим к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах.

Профилактика этого тяжелого состояния требует соблюдения ряда требований.

- Больные, имеющие в анамнезе аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальную астму, атопический дерматит, лекарственную аллергию, реакции на ужаление перепончатокрылых, пищевую аллергию и т.д.), должны быть в плановом порядке обследованы врачом аллергологом-иммунологом, особенно перед плановыми оперативными вмешательствами и рентгеноконтрастными исследованиями, при наступлении беременности.

- При отягощенном аллергологическом анамнезе перед оперативным вмешательством, рентгеноконтрастными исследованиями необходимо провести премедикацию: за 30 мин. — 1 час до вмешательства вводят дексаметазон 4–8 мг или преднизолон 30–60 мг в/м или в/в капельно на 0,9%-м растворе натрия хлорида; клемастин 0,1% — 2 мл или хлоропирамина гидрохлорид 0,2% — 1–2 мл в/м или в/в на 0,9%-м растворе натрия хлорида или 5%-м растворе глюкозы.

- Обязательно наличие противошокового набора и инструкции по оказанию первой помощи при развитии анафилаксии не только в процедурных кабинетах, но и в кабинетах, где проводятся диагностические исследования с применением препаратов, облада-

ющих гистаминолиберирующим действием (например, рентгеноконтрастные исследования), стоматологических кабинетах.

- При экстренной ситуации (оперативные вмешательства, рентгеноконтрастные исследования и в другой экстренной клинической ситуации) врач любой специальности должен:

- тщательно собрать аллергологический анамнез с целью исключения лекарственных средств, пищевых продуктов, содержащих этиологически значимые аллергены;

- собрать фармакологический анамнез (обратить внимание при сборе анамнеза, на какой препарат развилась реакция, на какой день приема ЛС, путь введения препарата, через какой промежуток времени после приема ЛС развилась реакция, в какой дозе применялся препарат, клинические проявления реакции, чем купировалась реакция, по поводу чего применялся препарат, были ли ранее реакции на ЛС, принимал ли пациент после реакции препараты из этой группы, какие препараты принимает и переносит хорошо) с целью решения вопроса о премедикации,

- а также определить, какие препараты или их производные, или препараты с перекрестно-реагирующими свойствами необходимо исключить.

- Кожные тесты с лекарственными препаратами при отсутствии указаний в анамнезе на лекарственную непереносимость неинформативны и не показаны.

- Для уточнения диагноза лекарственной аллергии при поло-

жительном фармакологическом анамнезе провокационные тесты с подозреваемым препаратом: кожные, подъязычные и в полной терапевтической дозе проводятся врачом аллергологом-иммунологом в плановом порядке, строго по показаниям, в условиях, приближенных к блокам реанимации и интенсивной терапии, так как не исключена возможность развития анафилактического шока.

- Избегать полипрагмазии.
- Назначать ЛС строго по показаниям.
- Наблюдать за пациентом в течение не менее 30 мин. после введения ЛС.
- Вести просветительскую работу среди пациентов об опасности самолечения.

Таким образом, в тексте рекомендаций ясно сказано, что кожные тесты с лекарственными препаратами при отсутствии указаний в анамнезе на лекарственную непереносимость неинформативны и потому не показаны. Если же есть подозрение на лекарственную непереносимость, то пробы проводит только врач-иммунолог в условиях палат интенсивной терапии. Еще одним важным пунктом, что должно быть доведено до всех медсестер, является требование об обязательном наблюдении за больным в течение не менее 30 мин. от момента введения лекарственного средства.

Ведущими симптомами являются гемодинамические нарушения (резкое падение АД, развитие нарушений ритма, сердечной недостаточности), которые часто сочетаются с возникновением крапивницы, ангиоотека, кожного зуда. При сохраненном сознании пациент жалуется на беспокойство, чувство страха, тревогу, озноб, слабость, головокружение, онемение языка, пальцев, шум в ушах, ухудшение зрения, тошноту, схваткообразные боли в животе.

При появлении этих симптомов следует немедленно начинать лечение анафилактического шока. Важно помнить: скорость оказания помощи является критическим фактором, от которого будет зависеть жизнь пациента. Без за-

держки пациенту вводят раствор адреналина гидрохлорида 0,1%, все остальные лекарственные средства и лечебные мероприятия рассматриваются как вспомогательная терапия.

Чем короче период развития выраженной гипотонии, дыхательной и сердечной недостаточности от начала введения (или поступления в организм) аллергена, тем менее благоприятен прогноз лечения. Смертность в этих случаях достигает 90%.

Обязательно наличие письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при анафилактическом шоке. Ниже перечислены основные пункты протокола:

1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм (остановить введение ЛС, удалить жало и др.). В случае введения ЛС или ужаления в конечность выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток. Приложить лед к месту инъекции ЛС.

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

Немедленно начинать выполнять пункты 4, 5, 6.

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

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

5. Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть

для предупреждения западания языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Если у больного есть съемные зубные протезы, их необходимо удалить. Нельзя поднимать пациента или переводить его в положение сидя, так как это может привести к фатальному исходу в течение нескольких секунд. Необходимы контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей. В случаях когда проходимость дыхательных путей нарушена из-за западания корня языка вследствие потери сознания, необходимо выполнить тройной прием Сафара (в положении пациента лежа на спине переразгибают голову в шейно-затылочном сочленении, выводят вперед и вверх нижнюю челюсть, приоткрывают рот), при возможности вводят воздуховод или интубационную трубку. У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо как можно быстрее интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации необходимо выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами). После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить дыхание чистым кислородом.

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

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

8. Будьте всегда готовы к проведению сердечно-легочной реанимации. Взрослым компрессию грудной клетки (непрямой массаж сердца) необходимо проводить с частотой 100–120 в мин. на глубину 5–6 см; детям — 100 в мин. на

глубину 5 см (младенцам — 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки — 2:30.

9. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии возможности подсоединить монитор следует измерять АД, пульс вручную каждые 2—5 мин., контролировать уровень оксигенации.

Транспортировать больного в отделение реанимации.

Перечисленные мероприятия являются мероприятиями первой помощи, и потому каждая медсестра должна уметь их проводить.

Напомним состав противошокового набора, приведенный в данных рекомендациях.

ПРОТИВОШОКОВЫЙ НАБОР

1. Раствор адреналина (эпинефрин) (0,1%, 1 мг/мл) в ампулах № 10.

2. Раствор мезатона 1% в ампулах № 5.

3. Раствор допамина 5 мл (200 мкг) в ампулах № 5.

4. Раствор супрастина 2% в ампулах № 10.

5. Раствор тавегила 0,1% в ампулах № 10.

6. Раствор преднизолона (30 мг) в ампулах № 10.

7. Раствор дексаметазона (4 мг) в ампулах № 10.

8. Гидрокортизон гемисукцинат или солюкортеф 100 мг — № 10 (для внутривенного введения).

9. Раствор эуфиллина 2,4% в ампулах № 10.

10. Сальбутамол аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза № 2.

11. Раствор строфантина-К 0,05% в ампулах № 5.

12. Раствор кордиамина 25% в ампулах № 5.

13. Раствор диазепама (реланиум, седуксен) 0,5% в ампулах № 5.

14. Раствор глюкозы 40% в ампулах № 20.

15. Раствор хлорида натрия 0,9% в ампулах № 20.

16. Раствор глюкозы 5% — 250 мл (стерильно) № 2.

17. Раствор хлорида натрия 0,9% — 400 мл № 2.

18. Раствор атропина 0,1% в ампулах № 5.

19. Спирт этиловый 70% — 100 мл.

20. Роторасширитель № 1.

21. Языкодержатель № 1.

22. Кислородная подушка № 2.

23. Жгут № 1.

24. Скальпель № 1.

25. Шприцы одноразового пользования 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл и иглы к ним по 5 шт.

26. В/в катетер или игла (калибром G14—18; 2,2—1,2 мм) № 5.

27. Система для в/в капельных инфузий № 2.

28. Пузырь со льдом № 1.

29. Перчатки медицинские одноразовые 2 пары.

30. Воздуховод.

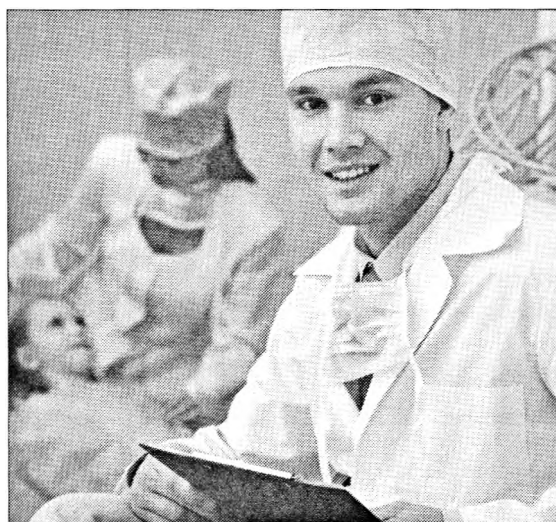
31. Аппарат дыхательный ручной (тип Амбу).

О ВЫБОРЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ

Разработка и внедрение национальных рекомендаций проходят под эгидой Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций (НАСКИ), которую возглавляет академик Н.И. Брико, главный внештатный специалист-эпидемиолог Минздрава России. В частности, в 2014 г. были утверждены Федеральные рекомендации по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях, которые размещены на официальном сайте НАСКИ.

Представленные рекомендации являются объемным документом, содержание которого требует внимательного изучения.

В рекомендациях уточнены критерии выбора ДС в подразделениях различного профиля и при различных инфекциях. Даны принципиальные уточнения о том, какую концентрацию спиртов (по массе) должны иметь спиртосодержащие антисептики (изопропилового спирта — не менее 60%; этилового спирта — не менее 70%). Наличие в рецептурах ДС разных спиртов составляет их концентрации в итоговой сумме в таком же диапазоне — 60—70%. Это положение в равной степени отно-



сится как к кожным антисептикам, так и к ДС, предназначенным для обработки небольших по площади поверхностей).

Определенно сказано, какие группы препаратов не обладают спороцидной активностью и потому не должны применяться ни для дезинфекции объектов, контаминированных бактериями в споровой форме, ни для ДВУ-эндоскопов, используемых при нестерильных эндоскопических манипуляциях, ни для стерилизации медицинских изделий. К таким препаратам относят ДС на основе альдегидов, кислородактивных соединений (в том числе диоксида хлора), некоторых хлорактивных соединений, анолиты. Не обладают спороцидной активностью средства на основе ЧАС, полимерных и мономерных производных гуанидина, алкиламинов, спиртов, производных фенолов и композиционные составы на основе этих соединений независимо от концентрации последних в средстве или его рабочих растворах.

Определены минимальные концентрации рабочих растворов индивидуальных соединений или композиционных средств на их основе, которые следует иметь в виду при выборе ДС.

Учитывая возможность формирования устойчивых к дезинфектантам штаммов микроорганизмов, не рекомендуется применять ДС, если концентрации растворов действующего вещества (ДВ) меньше приведенных в рекомендациях минимальных величин.

О ПРАВИЛАХ ГИГИЕНЫ РУК

Еще одни важные Федеральные клинические рекомендации были утверждены НАСКИ в 2014 г. Это ФКР «Гигиена рук медицинского персонала». Они также представлены на сайте НАСКИ. Эти рекомендации вносят много нового в привычные представления о правильной гигиене рук. В частности, они четко определяют, когда не нужно использовать медицинские перчатки, и одним из пунктов в этом перечне — внутримышечные и подкожные инъекции. Приведем соответствующую цитату:

«Перчатки не следует использовать в ситуациях (за исключением контактных мер предосторожности):

- отсутствия контакта с кровью или биологическими жидкостями, а также с объектами внешней среды, контаминированными ими;
- измерения артериального давления, температуры и пульса;
- подкожных и внутримышечных инъекций;
- мытья и переодевания пациента;
- транспортировки пациента;
- ухода за глазами и ушами (при отсутствии выделений);
- при любых манипуляциях с сосудистыми системами при отсутствии крови в системе;
- использовании телефона;
- заполнении историй болезни;
- раздачи пероральных медикаментов;
- раздачи или сбора подносов с едой;
- постановки неинвазивного вентиляционного оборудования и кислородных канюль;
- перемещении мебели пациента».

Безусловно, эти рекомендации требуют самого тщательного изучения и проведения тренингов.

Можно с уверенностью утверждать, что большинство новаций, которые вошли в ФКР, разработанные НАСКИ, появятся и в новой версии СанПиНа о санитарно-эпидемиологических требованиях к медицинским организациям, работа над которой находится в стадии завершения.

Ирина МЫЛЬНИКОВА,
медицинский обозреватель

Новые технологии в работе и обучении медика среднего звена

(Окончание. Начало на с. 19)

Каждый фельдшер-лаборант фиксирует факт получения образцов в журнале и в дальнейшем осуществляет личный контроль за принятыми им на исследование образцами.

Несколько изменили должностные обязанности фельдшера-лаборанта КДЛ и в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ, г. Астрахань). Как рассказала старший лаборант КДЛ Екатерина Смельцова, в штатном расписании структурных подразделений медицинских учреждений сегодня есть должность старшей медсестры отделения, но нет должности старшего лаборанта КДЛ, то есть нет работника, на которого бы возлагались материальная ответственность, а также ряд других обязанностей по организации, контролю деятельности лаборатории.

В мае 2008 г. в ФЦССХ была составлена и утверждена должностная инструкция фельдшера-лаборанта КДЛ, наделяющая его функциями по руководству работой медицинских технологов, медицинских лабораторных техников, фельдшеров-лаборантов, младшего медицинского персонала КДЛ. На этого специалиста также возлагаются обязанности по контролю за выполнением технологического процесса и соблюдением санэпидрежима, материальная ответственность за сохранность аппаратуры и рациональное использование дорогостоящих реактивов. Совместно с заведующим клинико-диагностической лаборатории фельдшером-лаборантом проводится анализ расхода и закупок реагентов, расходного материала для работы КДЛ, осуществляются прием и списание поступающего расходного материала.

В отделении совместного пребывания «Мать и дитя» Городского родильного дома г. Читы была внедрена новая модель работы акушерки, были расширены ее полномочия и изменены функции. Об этом рассказала в своем докладе заместитель главного врача по работе сестринским персоналом Городского родильного дома г. Читы Ленеда Кочетова (подробнее об этом опыте см. статью на с. 26).

Старшая акушерка диспансера для беременных с экстрагенитальной патологией Городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска Евгения Дума разработала специальную программу для работы с беременными женщинами. Программа «Здоровая мама — здоровый малыш» мотивирует будущих мам вести здоровый образ жизни, родить здорового ребенка, в дальнейшем кормить его грудью; способствует снижению тревожности, появлению чувства уверенности в собственных силах и осознания важности материнской роли.

Проект, осуществленный Е.Думой, позволил ей занять 2-е место в номинации «Лучшая акушерка» на недавно завершившемся Всероссийском конкурсе специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Еще один опыт внедрения новых технологий в работу акушерок представила главная медицинская сестра Президентского перинатального центра Минздравсоцразвития Чувашской Республики Зинаида Шаланова.

Акушерки ведут занятия в школе будущих матерей и отцов, основной задачей которой является психопрофилактическая подготовка женщин к родам, обучение уходу за новорожденным, принципам грудного вскармливания, воспитанию малыша. Одним из компонентов занятий является оздоровительное плавание беременных в бассейне. В перинатальном центре под руководством опытной акушерки-инструктора будущая мама выполняет физические упражнения в воде, которые позволяют женщине координировать работу мышечного аппарата и дыхательной системы, т.е. подготавливать организм к родам.

Ирина ФЕТИЦЕВА, фото автора

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

В данной статье речь пойдет о федеральных клинических рекомендациях «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером», которые были утверждены Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») и межрегиональной общественной организацией «Общество врачей и медицинских сестер «Сепсис Форум» в ноябре 2014 г.

Неотъемлемая часть интенсивной терапии — установка внутрисосудистых устройств, прежде всего венозных катетеров. При этом возникают условия для проникновения в организм человека условно патогенных микроорганизмов, что может привести к инфекции кровотока. Как часто пациенты страдают от таких инфекций? В США, по данным CDC (Центра по контролю над заболеваемостью), ежегодно катетер-ассоциированная инфекция кровотока (КАИК) развивается примерно у 500 000 человек. Смертность среди этих пациентов составляет от 12 до 25%. В России цифры официальной статистики по КАИК на порядок ниже, что, впрочем, может быть связано с некорректной диагностикой и недостаточной информированностью медицинского персонала об этой проблеме.

В федеральных клинических рекомендациях «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером» освещены важные положения, регламентирующие работу среднего медперсонала. Среди них: требования к гигиене рук, к процедуре постановки катетера, к подготовке кожи в месте установки катетера, методам фиксации катетера, смене повязок и пр.

Рассмотрим основные из перечисленных требований.

ГИГИЕНА РУК МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

При постановке и работе с центральным венозным катетером (ЦВК) используют антисеп-

тики для рук только на спиртовой основе; для достижения оптимальной антимикробной активности эти средства должны иметь в своем составе от 75 до 80% объемного содержания этанола, изопропанола, н-пропанола, как правило, в сочетании этих продуктов.

Необходимый уровень дезинфекции кожи рук может быть достигнут только при соблюдении следующих базовых условий:

- коротко подстриженные ногти, отсутствие лака и искусственных ногтей;
- отсутствие на руках украшений, часов;
- отсутствие повреждений кожи рук, небольшие царапины и порезы должны быть заклеены водонепроницаемым пластырем;
- отсутствие инфекционных поражений кожи рук;
- нанесение достаточного количества антисептика, от 2 до 4 мл раствора (в соответствии с инструкцией к препарату);
- выполнение техники обработки рук.

Средство равномерно распределяют на коже рук со всех сторон до тех пор, пока спирт полностью не испарится, обращая особое внимание на кончики пальцев, большие пальцы, межпальцевые промежутки.

Перед введением ЦВК врач проводит хирургическую обработку рук:

I этап — мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильной салфеткой;

II этап — обработка антисептиком кистей рук и запястий.

Важным условием эффективно-

го обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

Время обработки рук спиртосодержащим антисептиком определено в инструкции к препарату.

При постановке ЦВК используют только стерильные перчатки, которые надевают на полностью сухие руки.

При смене стерильной повязки используют стерильные перчатки, надевая их на этапе непосредственного ее наклеивания на обработанные антисептиком кожные покровы.

При работе с ЦВК допустимо использование чистых нестерильных перчаток.

Использование перчаток не отменяет требования проводить гигиеническую обработку рук.

При работе с ЦВК проводят гигиеническую обработку рук, включающую применение кожного антисептика на спиртовой основе, без предварительного мытья рук мылом и водой во всех случаях:

- перед каждым использованием катетера;
- после манипуляций с катетером;
- перед контактом с пациентом;
- после любого контакта с пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после снятия перчаток.

ТРЕБОВАНИЯ К ПОСТАНОВКЕ КАТЕТЕРА И УХОДУ ЗА НИМ

При введении катетера медицинские работники выполняют

максимальные барьерные меры предосторожности: надевают шапочку, лицевую маску, стерильный халат и стерильные перчатки.

Пациента накрывают полностью, от головы до ног, стерильной хирургической простыней с отверстием для операционного поля.

Чрескожное введение ЦВК проводят в помещении, где возможно выполнить правила асептики, например: в операционном или реанимационном зале, послеоперационной палате, кабинете рентгеноваскулярной хирургии, с обеспечением мониторинга жизненно важных систем (ЭКГ, пульсоксиметрия и т.д.).

Используют готовые наборы для катетеризации, выбирая катетеры с минимально достаточным количеством просветов, канюль и коннекторов.

Если пациент получает полное парентеральное питание, то один из просветов катетера следует использовать только для этой цели.

ЦВК, импрегнированные антимикробными средствами, не следует использовать рутинно для пациентов, которым катетер устанавливают на короткий срок.

Центральный венозный доступ предпочтительно осуществлять под контролем ультразвука для снижения количества осложнений.

Для своевременной диагностики механических повреждений следует выполнить рентген-контроль органов грудной клетки после введения ЦВК в вены брахиоцефального ствола.

ПОДГОТОВКА КОЖИ В ОБЛАСТИ ВВЕДЕНИЯ КАТЕТЕРА

Волосы в области введения катетера следует удалить непосредственно перед введением катетера, используя специальные машинки — клиперы. Бритье волос бритвой не рекомендовано, поскольку приводит к повреж-



дению кожи и более частому инфицированию раны входного отверстия катетера.

Для обработки кожи рекомендуется использовать спиртосодержащие препараты на основе гуанидинов (хлоргексидин биглюконат).

При наличии противопоказаний к применению хлоргексидина (повышенная чувствительность кожи или аллергия, детский возраст до 2 месяцев) используют 10%-й водный раствор повидон-йода.

Стерильной салфеткой, обильно смоченной антисептиком, протирают кожу — от центра к периферии на площади диаметром около 30 см в течение 30 секунд.

Обработку кожи повторяют три раза, для каждого раза используя новую стерильную салфетку.

Введение катетера начинают после того, как антисептик самостоятельно полностью испарится с кожи и кожа станет сухой.

Не вытирайте и не промокайте влажную кожу.

Кожу, обработанную антисептиком, можно пальпировать только в стерильных перчатках.

ФИКСАЦИЯ КАТЕТЕРА

Закрепить катетер можно следующими способами:

- лигатурой к коже,
- специальным устройством для бесшовной фиксации.

Катетер, который сместился наружу, не следует проталкивать внутрь. Необходимо установить,

располагается ли он в сосудистом русле, если да — стабилизировать в этом положении, и только затем проводить дальнейшие манипуляции.

В иных случаях катетер немедленно удалить.

ТИП ПОВЯЗКИ И ЧАСТОТА ЕЕ СМЕНЫ

С целью обеспечения ежедневного контроля состояния раны, надежной фиксации ЦВК, минимизации механических повреждений кожи при смене повязки и защиты раны входного отверстия катетера от контаминации извне используют прозрачную полупроницаемую повязку (наклейку, остающуюся на коже несколько дней).

У пациентов с длительными сроками использования ЦВК с целью предотвращения эндогенной контаминации катетера микроорганизмами, живущими на кожных покровах, следует использовать прозрачную адгезивную полупроницаемую повязку с хлоргексидином глюконатом.

Специальные стерильные непрозрачные повязки можно использовать в исключительных случаях (например, в случае экстренной катетеризации центральной вены и при недоступности прозрачных повязок/наклеек).

Такая повязка должна быть заменена при первой возможности на прозрачную.

Стерильные марлевые повязки

не обладают барьерной функцией, и от их применения следует отказаться.

Смену прозрачной полупроницаемой повязки/наклейки следует проводить согласно рекомендациям производителя.

Стерильные непрозрачные повязки необходимо менять каждые 24 ч или чаще, как только они промокли, загрязнились, нарушилась их фиксация. Это позволяет контролировать состояние входного отверстия катетера и кожу вокруг нее ежедневно.

Смена повязки проводится в асептических условиях.

Не следует применять антимикробные мази или кремы под повязку, фиксирующую катетер.

ОСМОТР СОСТОЯНИЯ РАНЫ ВХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ КАТЕТЕРА

Ежедневно лечащий врач проводит контроль состояния раны входного отверстия на наличие признаков локальной воспалительной реакции (покраснения, экссудата, болезненности, отека), нарушения целостности швов, смещения катетера.

При появлении местных и/или системных признаков воспаления катетер удаляют.

При необходимости поддержания сосудистого доступа ЦВК переустанавливают в другой анатомической области. Не следует переустанавливать ЦВК по проводнику.

Извлеченный катетер (дистальный конец) направляют на микробиологическое исследование вместе с пробами крови из периферических вен.

ПРОМЫВАНИЕ ЦВК

Промывание ЦВК проводят для обеспечения и поддержания проходимости катетера, а также для разобщения несовместимых лекарственных препаратов.

Для промывания используют стерильный 0,9%-й раствор натрия хлорида в количестве не менее двух объемов заполнения каналов катетера.

При использовании гепаринового «замка» его количество не

должно превышать одного объема заполнения каналов катетера.

Предпочтительно использовать только однодозные флаконы с лекарственными средствами.

Канюлю катетера перед введением лекарственных средств следует обработать спиртосодержащим антисептиком, используя флакон антисептика с пульверизатором или стерильную спиртосодержащую салфетку.

Промывать катетер необходимо сразу же:

- после введения ЦВК;
- перед и после болюсного введения лекарственных препаратов;
- по окончании инфузии;
- до и после забора крови из катетера.

ЗАМЕНА «ПРИНАДЛЕЖНОСТЕЙ» ДЛЯ ИНФУЗИИ

К понятию «принадлежности» относятся инфузионная система, соединительные, удлинительные линии, многоходовые краны, разветвители и порты.

При замене внутрисосудистого катетера необходимо заменить инфузионную систему, принадлежности и инфузионный раствор независимо от того, когда была начата инфузия лекарственного средства.

Для минимизации механических повреждений необходимо убедиться, что все компоненты инфузионной системы являются совместимыми.

Следует стремиться минимизировать число манипуляций с катетером (например, число прерывающихся инфузий).

Необходимо заменить инфузионную систему и принадлежности сразу же после завершения инфузии лекарственных средств, но не позднее чем через 24 ч.

Системы, используемые для вливания химиотерапевтических препаратов, необходимо заменять сразу же после завершения инфузии.

Необходимо заменять системы, использованные для вливания пропофола, жировых эмульсий,

не позже чем через 12 ч или в соответствии с рекомендациями производителя лекарственного средства.

Компоненты крови следует переливать с помощью инфузионных систем, специально предназначенных для этой цели. Замена происходит по принципу «одна доза — один донор — одна система».

При длительной инфузии нельзя отсоединять систему от катетера, т.к. это повышает риск экзогенного инфицирования.

Систему необходимо заменить сразу же при подозрении на контаминацию, а также при нарушении ее целостности.

Безыгольные соединения (порт) необходимо использовать в соответствии с рекомендациями производителя.

Безыгольные компоненты необходимо менять с той же частотой, что и инфузионную систему.

Доступ к канюле ЦВК возможен только с помощью одноразовых стерильных медицинских изделий.

«Краники», которые не используются, должны быть закрыты колпачками.

Нельзя использовать пластыри для стыковки и/или скрепления участка соединения порта и инфузионной системы.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ КАТЕТЕРА И ЕГО ЗАМЕНА

Не следует проводить плановую (рутинную) замену ЦВК.

Ежедневно лечащий врач оценивает необходимость использования венозного доступа через ЦВК.

Удаление ЦВК с его последующей заменой производят при наличии признаков инфицирования раны входного отверстия катетера и/или признаков системной воспалительной реакции без четкой связи с наличием локализованной инфекции.

ЦВК, установленные в экстренных условиях, следует заменять при первой же возможности.

**Ирина МЫЛЬНИКОВА,
медицинский обозреватель**