

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Основы сестринского дела
Специальность	34. 03. 01 - Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 16.	Подготовка больных к исследованию.

г. Ставрополь, 2025 г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы сестринского дела»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Шишалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1.Цель** Ознакомить обучающихся с правилами проведения процедуры зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки, промывания желудка и катетеризации мочевого пузыря.
- 2.Учебные вопросы**
- 1.Зондирование желудка и двенадцатиперстной кишки.
 2. Промывание желудка.
 3. Катетеризация мочевого пузыря.

3. Теоретическая часть

Потенциальные проблемы пациентов при заболеваниях органов пищеварения:

- Желудочное, кишечное кровотечение, кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода;
- Прободение, перфорация язвы желудка и 12-п.к., сужение привратника;
- Желчная, кишечная колика.

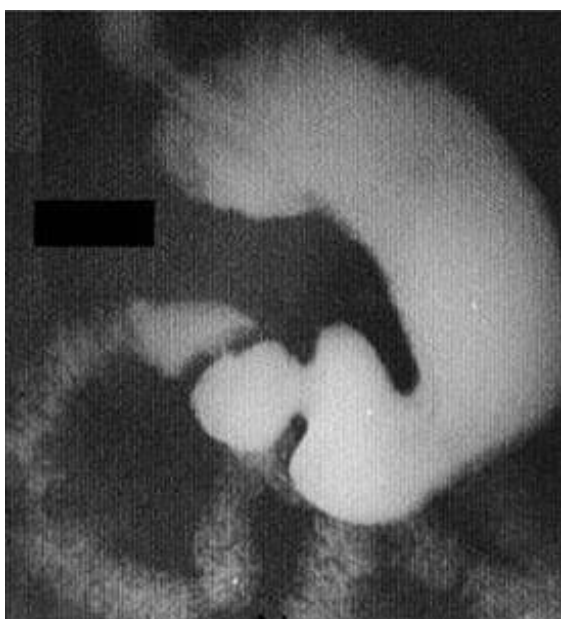
Лабораторные и инструментальные исследования:

Желудок и двенадцатиперстная кишка: фиброгастродуоденоскопия с биопсией и исследованием на хеликобактер, рентгеноскопия, рН-метрия.

Кишечник: колоноскопия, ирригоскопия, анализ кишечного содержимого (макро- и микроскопическое, бактериологическое исследование).

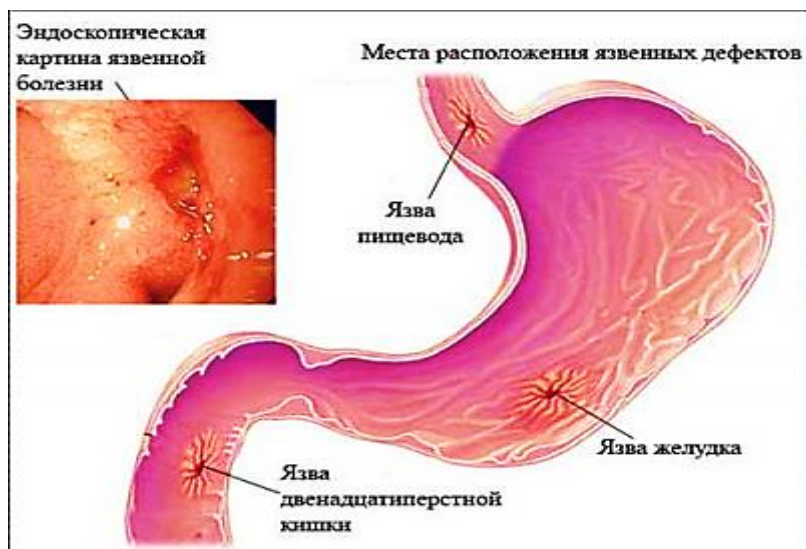
Печень, желчные пути, поджелудочная железа: ультразвуковое исследование, сканирование, холецистография, компьютерная томография, биопсия, лапароскопия, дуоденальное зондирование, биохимическое исследование крови.

Рентгенологическое исследование желудка и 12-п.к. выявляет



- Наличие «ниши»
- Локализацию, размер, болезненность.
- Рубцовую деформацию, моторно-Эвакуаторные нарушения.
- Пилородуоденальный стеноз

Эндоскопическое исследование



- подтверждает наличие язвенного дефекта,
- уточняет его локализацию, глубину, форму, размеры,
- позволяет оценить состояние дна и краев язвы,
- выявить сопутствующие изменения слизистой оболочки, нарушения гастродуоденальной моторики.
- При локализации язвы в желудке проводится биопсия с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что дает возможность исключить злокачественный характер язвенного поражения.

Исследование желудочной секреции

Интрагастральная рН-метрия, аспирационно- зондовый метод, 24-часовая рН-метрия.

рН- внутрижелудочковой среды

- Выраженная гиперацидность (рН 0,9-1,2)
- Гиперацидность (рН 1,3-1,5)
- Нормацидность (рН 1,6-2,2)
- Умеренная гипоацидность (рН 2,5-3,5)
- Выраженная гипоацидность (рН 3,6-6,0)
- Анацидность (рН более 6,5)

Искусственное питание может быть заменой или дополнительным к естественному питанию.

Показания:

1. Операции на пищеводе, желудке
2. Непроходимость пищевода
3. Стеноз привратника
4. Отёк языка, глотки, гортани, пищевода
5. Бессознательное состояние больного
6. Отказ от пищи Виды искусственного питания.

Через желудочный зонд - стерильный тонкий зонд, смазанный глицерином или вазелином, вводят в желудок. На свободный конец надевают воронку, в которую медленно вливают самотёком или присоединяют шприц Жане и вводят под небольшим давлением жидкую пищу: кашу, сливки, сырые яйца, соки, бульоны несколько раз в день. После введения пищи в зонд вливают кипячёную воду, чтобы промыть его. Зонд фиксируется к коже щеки лейкопластырем.

Кормление через желудочный зонд.

Оснащение:

Стерильно: пинцет, тонкий желудочный зонд (0,5-0,8 см в диаметре), марлевые салфетки, шпатель, вазелиновое масло, воронка или шприц Жане;

Нестерильно: Жидкая пища температуры 37-40 град., в количестве 600-800 мл (перетёртые овощи, мясо, рыба, сырые яйца, бульон или готовая питательная смесь) и напитки (сладкий чай, морс сливки или кипячёная вода), пелёнка, ёмкость для отработанного материала, кушетка.

Алгоритм выполнения.

1. Объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение.

2. Надеть чистый халат, вымыть руки на гигиеническом уровне, надеть стерильные перчатки.

3. Придать голове больного удобное, возвышенное положение.

4. Укрыть пелёнкой грудь пациента.

5. Осмотреть носовые ходы, убедиться в их проходимости, при необходимости выполнить туалет носа.

6. Обработать слепой конец зонда вазелиновым маслом методом полива на 5-7 см.

7. Ввести зонд через нижний носовой ход на длину, рассчитав по формуле «рост-100 см» (или другим способом).

8. Проверить расположение зонда: присоединить на свободный конец зонда шприц и потянуть на себя поршень. Если в шприц насасывается жидкость, то зонд в желудке.

9. Если зонд в желудке, то снять шприц с зонда, извлечь из шприца поршень, цилиндр соединить с зондом и влить через цилиндр шприца, как через воронку, тёплую питательную смесь.

10. После введения пищи промыть зонд кипяченой водой.

11. Отсоединить воронку.

12. Зонд не извлекают в течение всего периода искусственного кормления (1 неделю) при этом необходимо зафиксировать зонд с помощью полоски лейкопластыря на щеке.

13. Провести обработку и утилизацию медицинского инструментария и расходного материала согласно приказам.

Примечание. Особенности введения зонда у детей: нужен помощник, чтобы удерживать ребёнка, глубина введения зонда «кончик носа - основание мечевидного отростка + 10 см».

Промывание желудка пациенту, находящемуся в сознании.

Цель: Очистить желудок от содержимого до чистых промывных вод.

Показания: Отравления.

Противопоказания:

1. Кровотечение.
2. Сужение пищевода.
3. Нарушение носового дыхания.
4. Тяжёлые заболевания сердечно-сосудистой системы.

Оснащение:

Стерильно: зонды желудочные толстые резиновые - 2, соединенные стеклянной трубкой, воронка стеклянная емкостью 0,5-1л., ротаторасширитель, лоток с марлевыми салфетками.

Нестерильно: Кипяченая вода комнатной температуры (20-22 градуса) – 10 л., таз или ведро для промывных вод, полотенце, перчатки резиновые, ковш, фартуки клеенчатые - 2 шт. (для пациента и мед. работника), стакан с кипяченой водой, ёмкость для забора материала из 1ой порции промывных вод, ёмкость для дезинфекции, стул или кушетка.

Возможные проблемы пациента: Негативный настрой к манипуляции.

Алгоритм выполнения:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции
2. Объяснить пациенту ход проведения манипуляции, получить согласие пациента.
3. Надеть чистый халат. Вымыть руки. Надеть перчатки.
4. Подготовить систему для промывания желудка.
5. Усадить пациента на стул (спина плотно прилегает к спинке стула).
6. Поставить емкость для промывных вод между ног пациента.
7. Надеть на себя и на пациента клеенчатые фартуки.
8. Определить расстояние, на которое нужно ввести зонд (рост пациента в сантиметрах - 100 см или расстояние от пупка до резцов + расстояние ладонь пациента), сделать отметку на зонде.
9. Встать сбоку от пациента.
10. Смочить конец зонда кипяченой водой и попросит пациента открыть рот.
11. Положить слепой конец зонда на корень языка и предложить пациенту делать глотательные движения и глубоко дышать через нос.
12. Ввести осторожно и медленно зонд до нужной отметки.
13. Убедиться, что зонд находится в желудке, при помощи шприца Жане.
14. Подсоединить воронку. Опустить зонд с воронкой ниже уровня желудка, слегка наклонив её, влейте в воронку 1 литр воды.
15. Поднять медленно воронку вверх, как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения.
16. Вылить содержимое воронки в таз.
17. Проводить промывание желудка до чистых промывных вод.

17. Проводить промывание желудка до чистых промывных вод.
18. Удалить зонд осторожно, но быстро.
19. Отсоединить воронку.
20. Извлечь осторожно зонд через полотенце.
21. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта.
22. Убрать таз с промывными водами.
23. Снять с пациента и себя клеенчатые фартуки.
24. Снять перчатки.
25. Сопроводить пациента к постели и помочь ему лечь.
26. Снять перчатки, произвести дезинфекцию использованных предметов, согласно приказам.
27. Вымыть руки.

Оценка достигнутых результатов: желудок промыт, получены чистые промывные воды.

Примечание. Из первой порции промывных вод взять анализ на бактериологическое исследование. Прекратить манипуляцию и вызвать врача, если в промывных водах появились прожилки крови.

Проведение исследования секреторной функции желудка с парентеральными раздражителями

Цель: Собрать желудочный сок для исследования в 9 чистых банок.

Показания: Заболевания желудка - гастрит, язвенная болезнь желудка.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования пациента медицинской сестрой и врачом.

Оснащение:

Стерильно: тонкий желудочный зонд длина 110-115 см, диаметр-4-5 мм. 9 чистых баночек с этикетками, шприц 20.0 мл для извлечения желудочного содержимого, шприц 2.0 мл для введения раздражителя с иглами, лоток с марлевыми салфетками, растворы гистамин 0,1%, пентагастрин - 0,025%, перчатки.

Нестерильно: полотенце, направление, ёмкость для дезинфекции, стул.

Возможные проблемы пациента: позывы на рвоту при введении зонда, страх перед вмешательством, необоснованный отказ от вмешательства, удушье пациента при введении зонда.

Алгоритм выполнения:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. Получить согласие на проведение манипуляции
2. Усадить пациента, так чтобы он опирался на спинку стула.
3. Надеть чистый халат. Вымыть руки на гигиеническом уровне. Надеть стерильные перчатки.
4. Положить на грудь пациента полотенце.
5. Снять съемные зубные протезы.
6. Определить расстояние, на которое пациент должен будет проглотить зонд (рост минус 100 см).

7. Взять стерильный зонд правой рукой на расстояние 10-15 см от слепого конца зонда.
 8. Поддерживать левой рукой свободный конец зонда.
 9. Предложить пациенту открыть рот. Смочить конец зонда кипяченой водой.
 10. Положить слепой конец зонда на корень языка пациента.
 11. Попросить пациента сделать глотательные движения при этом глубоко дышать через нос.
 12. Ввести зонд до нужной метки.
 13. Извлечь все желудочное содержимое натошак при помощи шприца Жане в ёмкость (порция №1).
 14. Извлечь далее в течение 1 часа желудочное содержимое, меняя емкости для сока каждые 15 минут (2ая, 3ья, 4ая, 5ая порции).
 15. Ввести подкожно раствор гистамина 0,1% из расчета 0,1мл на 10 кг веса пациента.
 16. Продолжить извлекать содержимое в течение часа, меняя емкость каждые 15 минут (6ая, 7ая, 8ая, 9ая порции).
 17. Отправить промаркированные емкости с полученным желудочным содержимым в лабораторию.
 18. Продезинфицировать перчатки, зонд, шприц, лоток.
- Оценка достигнутых результатов:** Получены все порции желудочного сока. Пробирки отправлены в лабораторию для исследования.

Проведение дуоденального зондирования.

Цель: Получение 3-х порций желчи для исследования.

Показания: заболевания желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, 12-перстной кишки.

Противопоказания: острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, заболевания органов дыхания и кровообращения, затрудненное и болезненное глотание, сужение пищевода, искривление шейно-грудного отдела позвоночника.

Оснащение:

Стерильно: дуоденальный зонд с оливой на конце, шприцы емкостью 50 мл - 2 шт., 33% раствор сульфата магния - 30-50 мл (или 40% раствор глюкозы), перчатки, лоток с салфетками, пинцет.

Нестерильно: ёмкость для желудочного сока, штатив с пробирками промаркированные «А», «В», «С», скамеечка для штатива, полотенце, валик, грелка, направление, ёмкости для дезинфекции, стул, кушетка.

Возможные проблемы пациента: Позывы на рвоту при введении зонда. Страх манипуляции.

Алгоритм выполнения:

1. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Получить согласие на проведение манипуляции.

3. Усадить правильно пациента, так чтобы его спина касалась спинки стула.
4. Надеть чистый халат. Вымыть руки. Надеть стерильные перчатки.
5. Положить на грудь пациента полотенце и дать в руки лоток.
6. Снять съемные зубные протезы у пациента (если есть).
7. Взять стерильный зонд пинцетом из лотка и переложить его в правую руку.
8. Поддержать левой рукой свободный конец зонда.
9. Предложить пациенту открыть рот.
10. Положить конец зонда с оливой за корень языка.
11. Предложить пациенту делать глотательные движения при этом глубоко дышать через нос.
12. Ввести зонд до нужной отметки в желудок - 45 см.
13. Подсоединить к зонду шприц и оттянуть поршень шприца, в шприц будет поступать мутная жидкость (желудочное содержимое).
14. Предложить пациенту встать и походить, продолжая заглатывать зонд до отметки 70 см.
15. Уложить пациента на кушетку, на правый бок и пусть он заглатывает зонд до отметки 90 см.
16. Подложить под правое подреберье грелку, а под таз - валик.
17. Опустить наружный конец зонда в пробирку.
18. Собрать дуоденальную желчь в пробирку «А», содержимое светложелтого цвета из 12-перстной кишки (дуоденальная желчь).
19. Ввести через зонд с помощью шприца 30-50 мл теплого 33% раствора магния сульфата.
20. Завязать зонд на 5-10 минут.
21. Развязать зонд, опустить его в пробирку «В» и собрать желчь темнооливкового (пузырная желчь) цвета.
22. Если желчь не поступает, то ввести атропин 0,1 % - 1 мл
23. Опустить зонд в пробирку «С» при появлении золотисто-жёлтой желчи (печёночная желчь).
24. Извлечь зонд и погрузите его в дезинфицирующий раствор.
25. Снять перчатки и продезинфицировать их.
26. Заполнить направление
27. Отправить закрытые пробирки с направлением в контейнере для транспортировки в лабораторию.
28. Обработать зонд, перчатки, шприцы в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов: Получены 3 порции желчи. Пробирки отправлены в лабораторию для исследования.

Примечание. Исследование проводится утром натощак (нельзя есть, пить, принимать лекарства, курить). Прекращайте зондирование, если в получаемом материале появилась кровь, если пациент начинает кашлять и задыхаться.

Катетеризация мочевого пузыря женщины резиновым катетером

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период, последовый период родов.

Оснащение: стерильный одноразовый набор для катетеризации мочевого пузыря, при отсутствии последнего — стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние — 4 штуки, малые — 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты — 2, подкладная клеенка и пеленка, лотки, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Этапы	
I. Подготовка к процедуре	
1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к ней обращаться. Объяснить пациентке цель и этапы проведения предстоящей процедуры. Получить ее согласие на проведение процедуры (если процедура проводится в палате, отгородить пациентку ширмой)	
2. Подготовить оснащение	
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку)	
4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»).	
<i>Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра: сгибание ног обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре</i>	
5. Подмыть пациентку	
6. Снять перчатки и бросить в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки	
II. Выполнение процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Обложить стерильными салфетками вход во влагалище. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Пинцетом в правой руке взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ею вход в уретру движениями сверху вниз. При необходимости повторить процедуру. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. Взять вторым пинцетом катетер (на расстоянии 5—6 см от бокового отверстия) как пишущее перо. Наружный конец катетера держать между ГУ и V пальцами	
2. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	Облегчение введения катетера. Исключение травмы слизистой уретры

3. Развести I и II пальцами левой руки с помощью салфеток половые губы. Предложить пациентке сделать глубокий вдох и в этот момент ввести катетер в уретру на 3—4 см. <i>Примечание: если вход в уретру определяется плохо, требуется консультация врача, так как вход в уретру может быть не виден вследствие атрофии влагалища, врожденной женской гипоспадии</i>	Снижение болезненности при введении катетера
4. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи и продолжать вводить его в уретру до появления мочи	Профилактика попадания мочи на окружающие предметы
5. Поместить пинцет в лоток для использованного материала	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер. Поместить катетер в лоток для использованного материала	Обеспечение промывания уретры остатками мочи
7. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Вылить мочу в унитаз, замерив ее количество при необходимости. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. Помочь пациентке занять удобное положение. Накрыть ее. Удостовериться, что она чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась	Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры	Обеспечение инфекционной безопасности
1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. Вымыть и осушить руки	
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции на нее пациентки	Обеспечение преемственности ухода

Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, послеоперационный период.

Оснащение: стерильный одноразовый набор, при отсутствии такового — стерильные катетер, перчатки, салфетки (средние — 4 штуки, малые — 2 штуки), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты — 2, лотки; подкладная клеенка и пеленка, антисептический раствор, емкость для сбора мочи, оснащение для подмывания.

Обязательное условие: процедура введения катетера проводится при строгом соблюдении асептики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре I Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию
Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
Подготовить оснащение	Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры
Надеть перчатки. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку).	Обеспечение инфекционной безопасности
Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»)	Обеспечение доступа к уретре
Подмыть пациента. Снять перчатки и бросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
Выполнение процедуры Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже "ловки	Обеспечение психологического комфорта пациента
Взять половой член между III и ГУ пальцами левой руки, сдавить слегка головку, I и II пальцами отодвинуть крайнюю плоть	Обеспечение доступа к наружному отверстию мочеиспускательного канала
Смочить с помощью пинцета марлевый тампон в растворе фурацилина и обработать им наружное отверстие мочеиспускательного канала и головку полового члена <i>Примечание: уретра обрабатывается сверху вниз, го-ка полового члена — по часовой стрелке</i>	Обеспечение инфекционной безопасности

4. Поместить пинцет и тампон в лоток для использованного инструментария. Взять вторым стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5—7 см от клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между IV и V пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги)	Обеспечение инфекционной безопасности
5. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом	Облегчение введения катетера в мочеиспускательный канал
6. Удерживая I—II пальцами левой руки головку полового члена, ввести в мочеиспускательный канал первые 4—5 см катетера	Учет анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин

7. Перехватить катетер пинцетом еще на 3—5 см от головки и медленно погружать его в мочеиспускательный канал на длину 19—20 см. Левая рука при этом опускает половой член, как бы насаживая его на катетер	Учет длины и анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин
8. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи	Профилактика попадания мочи на окружающие предметы
9. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет каплями, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком. После прекращения мочевыделения осторожно извлечь катетер	Обеспечение промывания уретры остатками мочи
10. Поместить катетер в лоток для использованного материала. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Мочу вылить в унитаз. Снять перчатки. Вымыть руки	Обеспечение инфекционной безопасности
11. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась	Обеспечение психологической безопасности
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

Постановка и фиксация постоянного катетера

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: острая и хроническая задержка мочи, недержание мочи, коматозное состояние.

Оснащение: стерильный катетер Фолея, лотки, пинцеты, стерильное вазелиновое масло, салфетки, шарики, шприц, перчатки, мочеприемник, лейкопластырь.

Обязательное условие: тщательное соблюдение асептики, ежедневное промывание мочевого пузыря,

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры, если он с нею не знаком. Получить согласие на проведение процедуры (если пациент в сознании)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию

2. Подготовить оснащение	Необходимое условие проведения процедуры
3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
4. Подмыть пациента	Выполнение необходимого условия проведения процедуры
5. Убрать использованный инструментарий. Сменить перчатки. Надеть стерильные	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	Катетер Фолея не требует фиксации лейкопластырем
1. Провести катетеризацию мочевого пузыря катетером Фолея (при его отсутствии можно использовать катетер Нелатона)	
2. Вывести мочу в лоток	Продолжение процедуры
3. Зафиксировать катетер, наполнить воздухом надувную манжету. Вскрыть стерильный шприц и наполнить его воздухом в объеме 2—3 мл. Соединить шприц с каналом воздуховода, который находится на наружном конце катетера Фолея. Ввести через порт катетера воздух в манжету. Снять шприц с воздуховода. Слегка потянуть катетер кнаружи, убедиться в том, что он зафиксирован	Манжета, заполненная воздухом, фиксирует катетер в мочевом пузыре, но не препятствует оттоку мочи
4. Соединить наружный конец катетера с мочеприемником (лучше градуированным). Можно прикрепить трубку катетера пластырем к бедру, не натягивая катетер	Облегчение подсчета диуреза. Обеспечение более комфортного состояния пациента
5. Следить, чтобы система катетер-мочеприемник была замкнутой. Не промывать! В случае непроходимости заменить на новый — стерильный	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Зафиксировать мочеприемник к кровати ниже ее плоскости	Обеспечение комфорта
7. Опорожнять мочеприемник, не нарушая целостности системы, через отводной порт	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Дважды в сутки осматривать область уретры вокруг катетера и кожу промежности; обрабатывать промежность и 10 см проксимального участка катетера водой с жидким мылом, осушать полотенцем	Обеспечение возможности убедиться что моча не подтекает. Обеспечение инфекционной безопасности
III. Окончание процедуры	Выполнение обязательного условия удаления катетера из мочевого пузыря
1. Удалять катетер по истечении назначенного времени после удаления воздуха из надувной манжеты	
2. Дезинфицировать весь использованный инструментарий. Утилизировать одноразовый после дезинфекции	Обеспечение инфекционной безопасности

Промывание мочевого пузыря

Цель: лечебная, диагностическая.

Показания: удаление гноя, продуктов распада тканей, мелких камней и песка, подготовка к цистоскопии. Оснащение: набор для подмывания, для

катетеризации, стерильный лоток, 0,02 % раствор фурацилина — 1 л при t 37—40 °С, стерильный одноразовый набор для промывания или шприц Жанэ; или стеклянная кружка Эсмарха, перчатки стерильные и нестерильные, пеленка, салфетки, судно; водный термометр.

Противопоказания: свежие травмы уретры и мочевого пузыря, острый уретрит. Обязательное условие: процедура проводится при строгом соблюдении асептики.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры</p>	<p>Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента.</p>
<p>2. Подготовить оснащение. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки</p>	<p>Соблюдение необходимых условий проведения процедуры</p>
<p>3. Подмыть пациента. Сменить перчатки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>4. Провести катетеризацию мочевого пузыря</p>	<p>Соблюдение необходимого условия выполнения процедуры</p>
<p>5. Определить количество выделенной по катетеру мочи и освободить лоток (вылить мочу в судно)</p>	<p>Учет возможного изменения емкости пузыря в результате его стойкого сжатия или сморщивания</p>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Набрать в шприц Жанэ теплый раствор антисептика в количестве 150—200 мл. <i>Примечание: можно заменить шприц Жанэ кружкой Эсмарха, наполнив ее 1 л одноименного раствора</i></p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>2. Соединить шприц Жанэ со свободным концом катетера. Ввести раствор в мочевой пузырь, медленно надавливая на поршень</p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>3. Отсоединить шприц от катетера и выпустить промывные воды в лоток</p>	<p>Обеспечение самостоятельного выхода промывных вод через катетер наружу</p>
<p>4. Следить за отхождением промывных вод по катетеру (возможно наличие хлопьев, мути, песка)</p>	<p>Осуществление контроля за ходом процедуры</p>
<p>5. Набрать вторую порцию антисептика в шприц и ввести в мочевой пузырь. Повторить введение антисептика 4—5 раз. <i>Примечание: освободить лоток от промывных вод нужно по мере его заполнения, сливая их в судно</i></p>	<p>Оценка критерия эффективности процедуры: таковым при наличии примесей служит появление чистых промывных вод</p>
<p>6. Удалить катетер из мочевого пузыря после выведения последней порции промывных вод. Поместить катетер в лоток для использованных инструментов. Убедиться, что пациент чувствует себя нормально. По окончании процедуры предупредить</p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры, профилактика инфицирования</p>

пациента о соблюдении постельного режима на протяжении 30—60 мин	
III. Окончание процедуры 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки, вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности ухода

4. Практическая часть

Отработка на манекене практических навыков: зондирования желудка и катетеризации мочевого пузыря.

5. Вопросы для собеседования

1. Зондирование желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Промывание желудка.
3. Катетеризация мочевого пузыря.

6. Тестовые задания - нет