

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<br>дисциплины | <b>Основы сестринского дела</b>       |
| Специальность              | <b>34. 03. 01 - Сестринское дело</b>  |
| Форма обучения             | очная                                 |
| Год начала подготовки      | 2025                                  |
| <b>Тема 17.</b>            | Занятие в центре практических навыков |

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** 1. Отработка на манекенах навыков постановки очистительной клизмы, катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.
- 2. Практическая часть** Отработка на манекене практических навыков постановки очистительной клизмы, катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.

### ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

**Цель:** освобождение нижних отделов толстого кишечника от каловых масс.

**Показания:** запор, отравления, подготовка к операции, родам, абортam, исследованиям, к постановке лекарственной или капельной клизмы.

**Оснащение:**

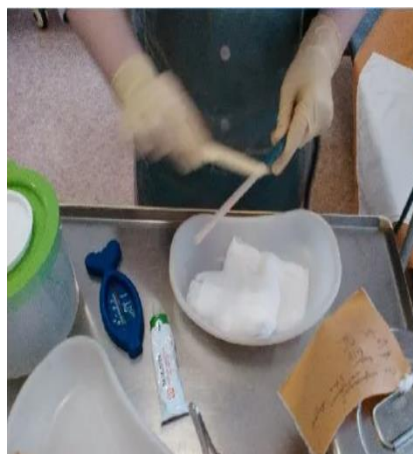
- кружка Эсмарха (лучше одноразовая),
- стерильный наконечник (в упаковке),
- вазелин,
- шпатель,
- марлевые салфетки, туалетная бумага,
- таз, судно (если процедура выполняется в постели),
- перчатки,
- клеенка, пеленка,
- штатив (в лечебном учреждении),
- емкость с дезинфектантом
- фартук,
- ширма,
- термометр.



**Противопоказания:** колиты, эрозии, язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

**Место проведения:** палата, клизменная.

**Возможные проблемы пациента:** психологический дискомфорт, связанный с вторжением в супер интимную зону, страх, связанный с возможным неудержанием данного объема жидкости.





| Этапы  | Обоснование  |
|--|--|
| <p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>  | <p>Установление контакта с пациентом</p>                           |
| <p>2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры</p>  | <p>Психологическая подготовка к манипуляции</p>                    |
| <p>3. Получить согласие пациента на процедуру</p>  | <p>Соблюдение прав пациента</p>                                    |
| <p>4. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате</p>   | <p>Обеспечение психологического комфорта</p>                       |
| <p>5. Подготовить оснащение</p>  | <p>Обеспечение эффективности процедуры</p>                         |
| <p>6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук</p>   | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>                       |
| <p>7. Собрать систему для постановки клизмы: вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха. Закрыть вентиль, налить в кружку 1—1,5 л воды, укрепить кружку на штативе на высоте 1 м над уровнем кушетки. Объем жидкости зависит от возраста пациента (до 3 мес — 50—60 мл; до 12 мес — 100—150 мл; до 2 лет — 200 мл; от 2 до 9 лет — до 400 мл; от 9 лет — 500 мл и более)</p> | <p>Обеспечение условий для поступления жидкости в прямую кишку</p> |
| <p>8. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник. Закрыть вентиль (вместо вентиля можно использовать зажим)</p>   | <p>Вытеснение воздуха из системы и проверка ее проходимости</p>    |
| <p>9. Смазать наконечник вазелином.</p> <p><i>Примечание: температура воды зависит от конкретной цели постановки клизмы; при атонических запорах 16—20 °С; при спастических 37—38 °С; в остальных случаях 23—25 °С {холодная вода стимулирует перистальтику кишечника; теплая вода уменьшает спазм гладкой мускулатуры и способствует опорожнению кишечника; вода индифферентной температуры</i></p>       | <p>Облегчение введения наконечника в прямую кишку</p>              |

|   |  |
|---|--|
| <p><i>разжижает каловые массы и вызывает перистальтику)</i></p>   |  |
| <p>10. Положить на кушетку клеенку, свисающую в таз, и пеленку (при неудержании воды она будет стекать в таз, не загрязняя окружающую среду)</p>  | <p>Обеспечение гигиеничности процедуры</p>   |
| <p>П. Выполнение процедуры<br/>1. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на левый бок, слегка согнуть ноги в коленях и подвести к животу.<br/><i>Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i></p>   | <p>Расположение пациента с учетом анатомических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Обеспечение допустимого положения для выполнения данной процедуры</p>                   |
| <p>2. Развести ягодицы пациента I и II пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его вращательными движениями вначале по направлению к пупку (3—4 см), а затем параллельно копчику на глубину 8—10 см (глубина введения наконечника определяется возрастом больного и варьирует от 2—3 см у новорожденных до 12—15 см у взрослых)</p> | <p>Профилактика травмы и обеспечение эффективности процедуры</p>   |
| <p>3. Приоткрыть вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник</p>  | <p>Предупреждение неприятных ощущений у пациента</p>   |
| <p>4. Предложить пациенту расслабиться и медленно глубоко дышать животом, поглаживая его против часовой стрелки</p>   | <p>Обеспечение удержания жидкости</p>  |
| <p>5. Следить за уровнем убывающей жидкости. Если вода не поступает в кишечник, поднять кружку выше, чем на 1 м, или изменить положение наконечника. При отсутствии результата заменить наконечник. При неудержимых преждевременных позывах на дефекацию опустить кружку Эсмарха ниже.<br/><i>Примечание: менять высоту кружки можно неоднократно</i></p>                                 | <p>Учет возможности того, что отверстие наконечника засорится каловыми массами или упрется в стенку кишки. Снижение скорости введения жидкости и давления ее на стенки кишки</p> |
| <p>6. Предложить пациенту глубоко дышать и поглаживать живот против часовой стрелки</p>   | <p>Улучшение поступления воды в кишечник за счет изменения внутрибрюшного давления</p>   |
| <p>7. Закрыть вентиль после введения жидкости. Осторожно извлечь наконечник, отсоединить его от системы и положить в емкость с дезинфектантом</p>   | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>   |

|  |  |
|--|--|
| 8. Предложить пациенту лечь на спину и глубоко дышать, чтобы на какое-то время задержать воду в кишечнике (лучше на 5— 10 мин)   | Обеспечение разжижения каловых масс и начала перистальтики                                     |
| 9. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до унитаза, при неудержимом позыве на дефекацию подложить судно  | Обеспечение физической безопасности. Исключение загрязнения окружающей среды                   |
| 10. Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии)   | Оценка эффективности процедуры   |
| 11. Предоставить пациенту возможность подмыться или подмыть его в случае необходимости   | Обеспечение физической и психологической безопасности  |
| 12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально  | Обеспечение физического и психологического комфорта. Определение реакции пациента на процедуру |
| III. Окончание процедуры   | Обеспечение инфекционной безопасности  |
| 1. Погрузить в емкость с дезинфектантом использованный инструментарий, обработать и утилизировать одноразовый в соответствии с методическими рекомендациями. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки |  |
| 2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента   | Обеспечение преемственности сестринского ухода   |

## КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИНЫ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

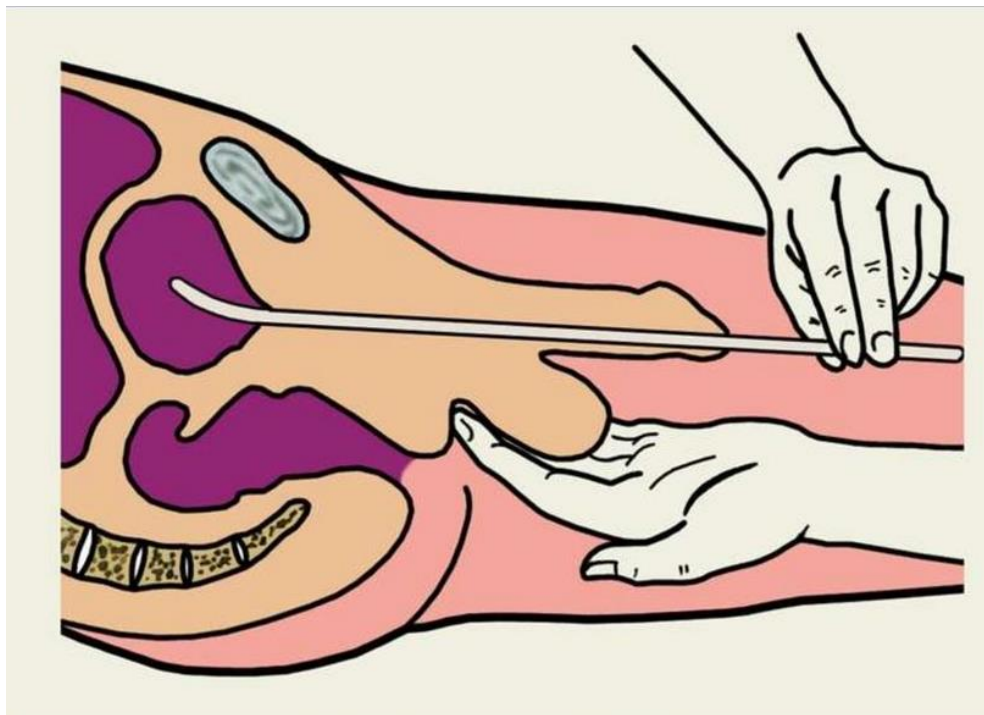
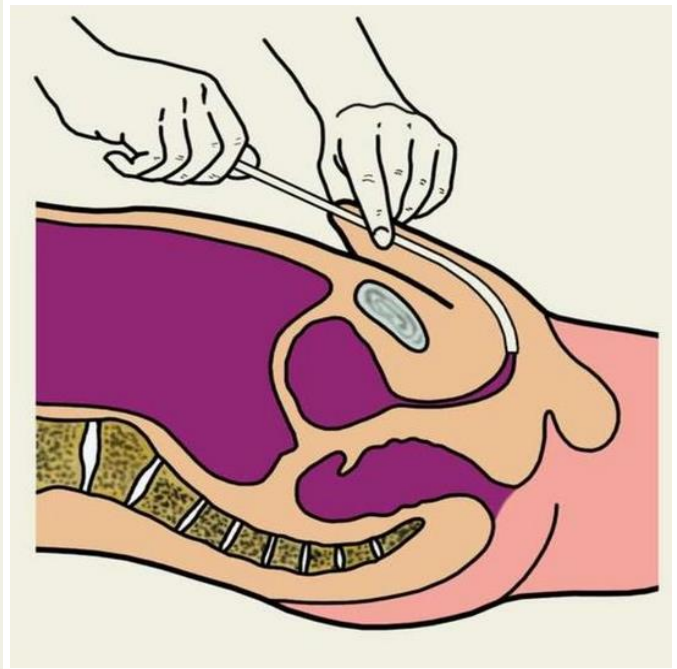
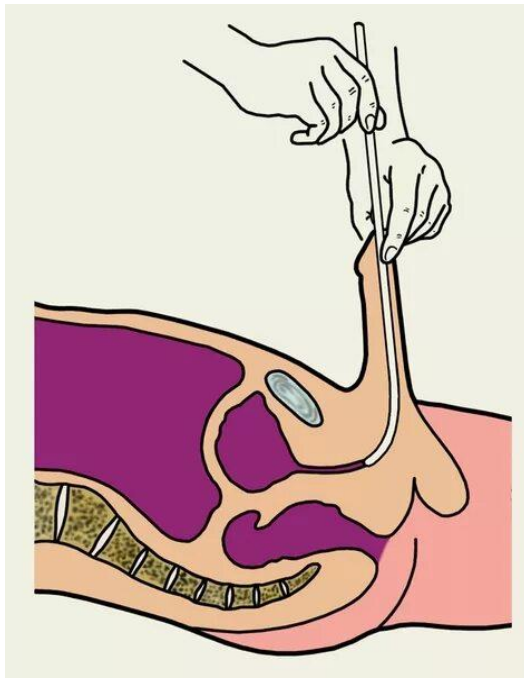
**Цель:** лечебная и диагностическая.

**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 1септики, так как слизистая оболочка мочевого пузыря обладает слабой сопротивляемостью инфекции.



| Этапы  | Обоснование  |
|--|--|
| <p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>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</p> | <p>Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию</p> |
| <p>Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки</p>  | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>   |

|   |   |
|---|---|
| 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                                       |
| <b>Выполнение процедуры</b><br>Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки   | Обеспечение психологического комфорта пациента                              |
| Взять половой член между III и IV 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<br><i>Примечание: уретра обрабатывается сверху вниз, головка 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   | Обеспечение инфекционной безопасности        |
| 1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. Вымыть и осушить руки |  |
| 2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента   | Обеспечение преемственности ухода            |

### КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ

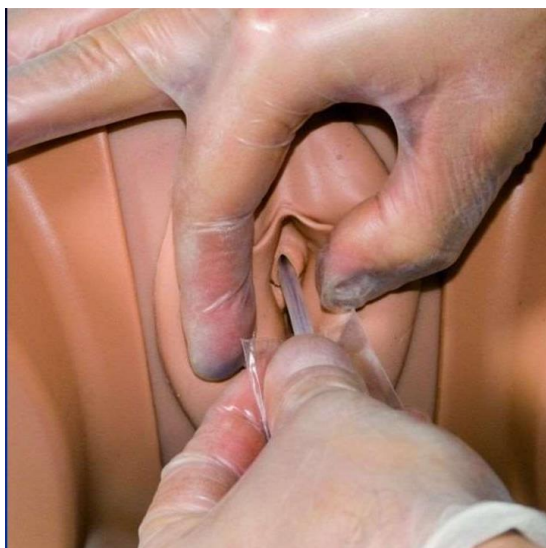
**Цель:** лечебная и диагностическая.

**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   | Обоснование  |
|---|--|
| <p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>I. 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)</p> | <p>Психологическая подготовка пациентки к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациентки на информацию</p> |
| <p>2. Подготовить оснащение</p>   | <p>Соблюдение необходимого условия эффективности процедуры</p>   |
| <p>3. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку)</p>  | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>   |
| <p>4. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами (поза «лягушачья нога»).</p> <p><i>Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра: сгибание ног обеспечивает достаточно хороший доступ к уретре</i></p>   | <p>Обеспечение доступа к уретре</p>  |
| <p>5. Подмыть пациентку</p>   | <p>Соблюдение необходимого условия проведения процедуры</p>  |
| <p>6. Снять перчатки и бросить в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки</p>  | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>П. Выполнение процедуры</p> <p>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 IV и V пальцами</p> | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>                            |
| <p>2. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом</p>   | <p>Облегчение введения катетера. Исключение травмы слизистой уретры</p> |
| <p>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.</p> <p><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></p>  | <p>Снижение болезненности при введении катетера</p>                     |
| <p>4. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи и продолжать вводить его в уретру до появления мочи</p>  | <p>Профилактика попадания мочи на окружающие предметы</p>               |
| <p>5. Поместить пинцет в лоток для использованного материала</p>   | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>                            |
| <p>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</p>  | <p>Обеспечение промывания уретры остатками мочи</p>                     |
| <p>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</p>  | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>                            |
| <p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. Вымыть и осушить руки</p>   | <p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>                            |
| <p>2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции на нее</p>  | <p>Обеспечение преемственности ухода</p>                                |

|           |  |
|-----------|--|
| пациентки |  |
|-----------|--|