

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КОЛЛЕДЖ»

АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ
по МДК 03.01 Основы реаниматологии
для обучающихся по специальности
34.02.01 «Сестринское дело»

Ставрополь, 2021 г.

сведения о сертификате ЭЦ

Владелец: Кандаурова Наталья
Владимировна, директор
Сертификат:
0298d2a100a6b37d85433743564d5a7918
Действителен: с 01.12.2025 12:39:11 по
01.03.2027 12:49:11

Алгоритмы манипуляций составлены в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» утвержденным Минобрнауки России от 12 мая 2014 г. N 502 и программой профессионального модуля ПМ.03. Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.

Составители: Беседина Е.В.

Рассмотрено на заседании методического объединения укрупненных групп специальностей 34.00.00 Сестринское дело протокол № 7 от «25» мая 2021 г.

Рекомендовано к использованию в учебном процессе Методическим советом СМК, протокол № 5 от «27 » мая 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Техника применения воздуховода.
2. Техника ИВЛ «изо рта в рот».
3. Техника ИВЛ «изо рта в нос».
4. Техника ИВЛ мешком Амбу.
5. Техника непрямого массажа сердца.
6. Техника базовой сердечно-легочной реанимации.
7. Базовая сердечно-легочная реанимация (аккредитационный экзамен).
8. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, при обструкции инородными телами.
9. Техника применения карманного ингалятора и спейсера.
10. Подготовка к интубации трахеи.
11. Набор инструментов для плевральной пункции.
12. Набор инструментов для трахеостомии.
13. Туалет трахеобронхиального дерева.
14. Набор инструментов для катетеризации центральных вен.
15. Уход за катетером в центральной вене.
16. Постановка периферического венозного катетера.
17. Уход за периферическим венозным катетером.
18. Выполнение премедикации.
19. Подготовка анестезиологического стола.
20. Техника промывания желудка.
21. Катетеризация мочевого пузыря женщины резиновым катетером.
22. Катетеризация мочевого пузыря мужчины резиновым катетером.

ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ ВОЗДУХОВОДА

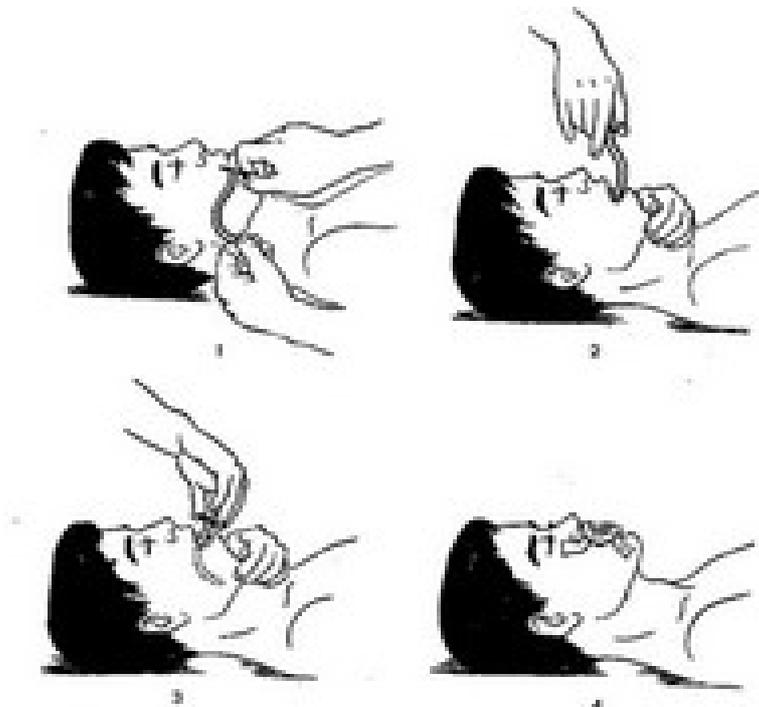
Показания: обеспечение проходимости дыхательных путей.

Оснащение:

1. Воздуховод.
2. Резиновые перчатки.
3. Аппарат для аспирации.
4. Комплект стерильных аспирационных катетеров.
5. Источник кислорода с регулятором расхода.
6. Носовые катетеры для ингаляции кислорода
7. Лоток.

Последовательность действий:

1. Воздуховод вводят в заранее очищенную от возможного содержимого ротовую полость.
2. Положение больного - на спине.
3. Медработник располагается у затылочно-теменной области (изголовья).
4. Необходимо зафиксировать голову больного в положении максимального запрокидывания.
5. Выдвинуть нижнюю челюсть, открыть рот.
6. Ввести воздуховод ротационным методом: взяв его за загубник, изгибом вверх, продвинуть на 5-6 см, затем повернуть на 180° и продвигать по спинке до корня языка на общую глубину 12 см от передних зубов.
7. Осторожно подтянуть его обратно на 1-2 см (глочная часть воздуховода должна отеснить кпереди и фиксировать корень языка, надгортанник).
8. При правильном введении воздуховода вдох и выдох осуществляются беспрепятственно.
9. При проведении ИВЛ через воздуховод обратите внимание на эпигастральную область - при ее выпячивании нужно извлечь воздуховод из дыхательных путей: потяните воздуховод на себя, поверните на 180°, извлеките воздуховод.
10. Повторное введение воздуховода выполняют в той же последовательности, как описано выше.



ТЕХНИКА ИВЛ «ИЗО РТА В РОТ»

Показания: обеспечение проходимости дыхательных путей.

Оснащение: марлевая салфетка

Последовательность действий:

1. Положение больного - на спине. Реаниматор - сбоку от головы пострадавшего.
2. Освободить область шеи, грудной клетки и туловища от сдавливающих предметов одежды.
3. Разогнуть голову в шейно-затылочном сочленении (при отсутствии повреждения шеи).
4. Выдвинуть нижнюю челюсть и открыть рот.
5. Убедиться в проходимости ротовой полости и ротоглотки (отсутствие инородных тел).
6. При помощи обеих рук (одна рука располагается с упором на лобно-теменную область головы, а большим и указательным пальцами зажимает нос, другая рука подкладывается под шею с усилием вверх) запрокидывается голова максимально кзади.
7. Реаниматор делает вдох (приблизительно 400-600 мл), охватывает губами через предварительно наложенную марлевую салфетку рот больного.
8. Производится вдувание всего выдыхаемого реаниматором воздуха в лёгкие пострадавшего, при этом «боковым зрением» наблюдают за экскурсией грудной клетки.
9. Во время пассивного выдоха (должен быть слышен выходящий воздух из дыхательных путей, а грудная клетка должна опуститься), необходимо освободить рот пострадавшего, при этом голова удерживается в прежнем запрокинутом положении.
10. Длительность каждого искусственного вдоха должна быть не более 1 секунды.



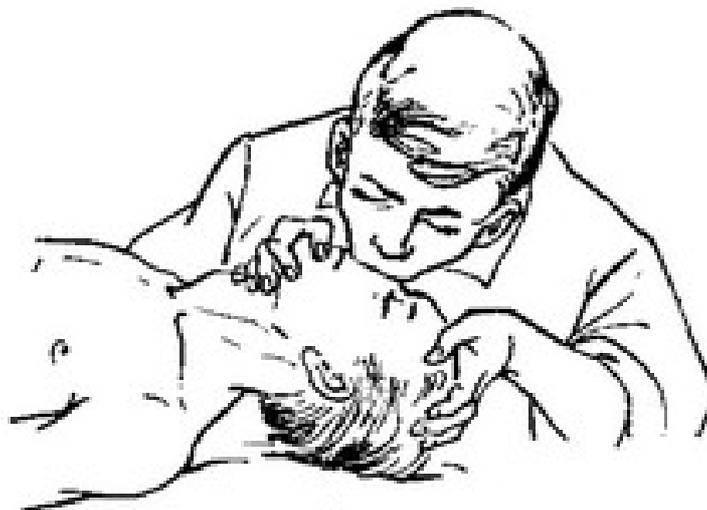
ТЕХНИКА ИВЛ «ИЗО РТА В НОС»

Показания: обеспечение проходимости дыхательных путей.

Оснащение: марлевая салфетка

Последовательность действий:

1. Положение больного - на спине. Реаниматор - сбоку от головы пострадавшего.
2. Освободить область шеи, грудной клетки и туловища от сдавливающих предметов одежды.
3. Реаниматор занимает положение сбоку от головы пострадавшего.
4. Одна рука располагается с упором на лобно-теменную область, а другая рука располагается под подбородком, прижимая нижнюю челюсть к верхней и подтягивая подбородок вперёд, при этом большой или указательный пальцы прикрывают рот.
5. Реаниматор осуществляет глубокий вдох, через марлевую салфетку охватывает своими губами область носовых отверстий пострадавшего и осуществляет вдувание воздуха, при этом «боковым зрением» наблюдает за экскурсией грудной клетки.
6. Во время пассивного выдоха, реаниматор прекращает вдувание, освобождает нос и перекрытый пальцем рот пациента.
7. Длительность каждого искусственного вдоха должна быть не более 1 секунды.



ТЕХНИКА ИВЛ МЕШКОМ АМБУ

Показания: нарушение дыхания, апное.

Оснащение:

1. Дыхательный мешок.
2. Маски.
3. Воздуховод.
4. Резиновые перчатки.
5. Аппарат для аспирации.
6. Комплект стерильных аспирационных катетеров.
7. Источник кислорода с регулятором расхода.
8. Носовые катетеры для ингаляции кислорода
9. Лоток

Последовательность действий:

1. Уложить больного горизонтально на спину.
2. Освободить область шеи, грудной клетки и туловища от давящих предметов одежды.
3. Открыть рот пострадавшего и убедиться в проходимости ротовой полости и ротоглотки.
4. Реаниматолог располагается сзади головы пострадавшего.
5. Проводят тройной приём Сафара (разгибание головы, выдвижение нижней челюсти вперед и вверх).
6. Маску плотно фиксируют на рото-носовой области левой рукой (первый палец располагается в области носа указательный на подбородке, а остальные подтягивают нижнюю челюсть вверх).
7. Правой рукой сжимают мешок.

Примечание.

1. Объем воздуха, необходимый для подъема грудной клетки во время ИВЛ, должен составлять примерно 400-600 мл (6-7 мл на кг веса).
2. Длительность каждого искусственного вдоха должна быть не более 1 секунды.
3. Рекомендуется производить искусственный выдох в течение одной секунды, его объем должен быть таковым, чтобы грудная клетка пострадавшего приподнималась.
4. Следует избегать избыточной вентиляции легких.

ТЕХНИКА НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

Показания: клиническая смерть.

Последовательность действий:

1. Больного уложить на твердую ровную поверхность.
2. Точка приложения рук реаниматолога должна быть выше на два поперечных пальца от мечевидного отростка грудины (нижняя треть грудины).
3. Ладонь одной руки кладут на другую под прямым углом или складывают в виде замка (пальцы рук не должны касаться грудной клетки) и производят давление на нижнюю треть грудины, смещая грудину по направлению к позвоночнику на глубину 5 см у взрослого.
4. Грудная клетка должна полностью расправляться после каждого сжатия.
5. Интервалы между сжатиями грудной клетки должны быть минимальными.
6. Руки реаниматолога должны быть прямыми в локтевых суставах, т.к. используется не сила рук, а тяжесть туловища.
7. Наиболее эффективный темп массажа для взрослых не менее 100 и не более 120 массажных движений в 1 минуту.
8. Соотношение между компрессией грудной клетки и частотой дыхания равняется 30:2, как при наличии одного, так и двух реаниматологов.
9. Медицинские работники, выполняющие компрессионные сжатия, меняются каждые 2 минуты.
10. Оценка ритма проводится не более 10 секунд, каждые 2 минуты.

ТЕХНИКА БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Показания: клиническая смерть. **Противопоказания:** биологическая смерть.

Оснащение: тренажер «Витим».

Последовательность действий:

Этап «А»:

1. Оценить окружающую обстановку.
2. Диагностировать клиническую смерть (10-15 секунд):
 - проверить реакцию пострадавшего на оклик, тактильные и болевые раздражители;
 - оценить наличие или отсутствие дыхания;
 - определить пульс на центральных артериях (сонная или бедренная);
 - определить реакцию зрачка пострадавшего на свет;
 - выявить отсутствие признаков биологической смерти, либо травм, не совместимых с жизнью;
 - отправить кого-либо за помощью.
3. Уложить пострадавшего на твердую ровную поверхность (на спину).
4. Освободить грудную клетку от одежды, снять плательный пояс или брючный ремень;
5. Выполнить тройной приём Сафара:
 - разогнуть голову в шейно-затылочном сочленении;
 - выдвинуть нижнюю челюсть вперед;
 - выдвинуть нижнюю челюсть вверх.
6. Осмотреть ротовую полость, при наличии инородных тел (слизь, кровь, рвотные массы, сломанные зубы и др.), очистить любым доступным способом (пальцем обернутым салфеткой, портативный аспиратор).
7. Установить воздуховод (при наличии).

Этап «В»: ИВЛ (рот ко рту, рот к носу, рот ко рту и носу, мешок Амбу).

«рот ко рту»

8. При помощи обеих рук (одна рука располагается с упором на лобно-теменную область головы, а большим и указательным пальцами зажимает нос, другая рука подкладывается под шею с усилием вверх) запрокидывается голова максимально кзади.
9. Реаниматор делает вдох (приблизительно 400-600 мл), охватывает губами через предварительно наложенную марлевую салфетку рот больного.
10. Производится вдувание всего выдыхаемого реаниматором воздуха в лёгкие пострадавшего, при этом «боковым зрением» наблюдают за экскурсией грудной клетки.
11. Во время пассивного выдоха (должен быть слышен выходящий воздух из дыхательных путей, а грудная клетка должна опуститься), необходимо освободить рот пострадавшего, при этом голова удерживается в прежнем запрокинутом положении.
12. Длительность каждого искусственного вдоха должна быть не более 1 секунды.

Этап «С»:

9. Точка приложения рук реаниматолога должна быть выше на два поперечных пальца от мечевидного отростка грудины (нижняя треть грудины).
10. Ладонь одной руки кладут на другую под прямым углом (пальцы рук не должны касаться грудной клетки) и производят давление на нижнюю треть грудины, смещая грудину по направлению к позвоночнику на 5 см.
11. Руки реаниматолога должны быть прямыми в локтевых суставах т.к., используется не сила рук, а тяжесть туловища.
12. Наиболее эффективный темп массажа для взрослых не менее 100 и не более 120 массажных движений в 1 минуту.
13. Соотношение между компрессией грудной клетки и частотой дыхания равняется 30:2, как при наличии одного, так и двух реаниматологов.
14. Медицинские работники, выполняющие компрессионные сжатия, меняются каждые 2 минуты.
15. Оценка ритма проводится не более 10 секунд, каждые 2 минуты.

Критерии эффективности СЛР.

1. Изменение цвета кожных покровов (они становятся менее бледными, серыми, цианотичными).
2. Сужение зрачков и появление реакции на свет.
3. Появление пульса на сонной или бедренной артериях.
4. Появление самостоятельных дыхательных движений.

**БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ
(аккредитационный экзамен)**

№	Перечень практических действий	Критерии оценки
1.	Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего	Сказать
2.	Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи	Выполнить
3.	Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Сказать
4.	Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Сказать
5.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить
6.	Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой	Выполнить
7.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути	Выполнить
Определить признаки жизни		
8.	Приблизить ухо к губам пострадавшего	Выполнить/Сказать
9.	Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего (для лиц с ОВЗ по зрению: определить экскурсию грудной клетки пострадавшего, положив руку на грудь)	Выполнить
10.	Считать вслух до 10-ти	Сказать
Вызвать специалистов (СМП) по алгоритму		
11.	Факт вызова бригады	Сказать
12.	Координаты места происшествия	Сказать
13.	Количество пострадавших	Сказать
14.	Пол	Сказать
15.	Примерный возраст	Сказать
16.	Состояние пострадавшего	Сказать
17.	Предположительная причина состояния	Сказать
18.	Объем Вашей помощи	Сказать
Подготовка к компрессиям грудной клетки		
19.	Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить
20.	Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить
21.	Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки	Выполнить
22.	Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в	Выполнить
23.	Время до первой компрессии	Указать в секундах
Компрессии грудной клетки (5-6 см)		
24.	Выполнить 30 компрессий подряд	Выполнить
25.	Руки аккредитуемого вертикальны	Выполнить
26.	Руки аккредитуемого не сгибаются в локтях	Выполнить
27.	Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней	Выполнить
28.	Компрессии отсчитываются вслух(частота не менее 100-120 в 1	Сказать
Искусственная вентиляция легких		
29.	Защита себя. (Надеть маску)	
30.	Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего	Выполнить
31.	1-ым и 2-ым пальцами этой руки зажать нос пострадавшему	Выполнить
32.	Подхватить нижнюю челюсть	Выполнить
33.	Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути,	Выполнить
34.	Обхватить губы пострадавшего своими губами	Выполнить
35.	Произвести выдох в пострадавшего	Выполнить
36.	Освободить губы пострадавшего на 1-2 секунды	Выполнить
37.	Повторить выдох в пострадавшего	Выполнить

Примечание: манипуляция выполняется 2 цикла подряд (30:2)

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ПРИ ОБСТРУКЦИИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ (без применения инструментов)

I. Пострадавший в сознании.

При частичной обструкции, когда сохраняется нормальный цвет кожи и способность кашлять (даже если между приступами кашля слышны хрипы), немедленное вмешательство не показано. При неполной обструкции (слабый и неэффективный кашель, свистящие хрипы на вдохе, нарастающее затруднение дыхания и, нередко, цианоз) и при полной обструкции (больные не способны говорить, дышать или кашлять и часто хватаются за горло), необходимо срочное вмешательство:

1. Удар по спине между лопатками (3 - 5 раз)

2. Приём Геймлиха.

Техника выполнения приёма.

- подойти к стоящему или сидящему пострадавшему сзади;
- обхватить его руками вокруг талии, сцепив пальцы рук «замком» по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком;
- надавить на живот и произвести резкий толчок вверх.

Если пострадавший лежит, то используют модификацию приёма Геймлиха – «положение всадника»:

- пострадавшего необходимо уложить на спину;
- резкий толчок вверх выполняют проксимальной частью ладони нижней из наложенных одна на другую рук;
- у пострадавших с ожирением или при поздних сроках беременности применяют толчки в грудную клетку (точка приложения рук – нижняя треть грудины).

II. Пострадавший без сознания.

Если причиной обструкции является инородное тело на уровне ротовой полости, то его следует удалить пальцем:

- открыть рот пострадавшего;
- ввести указательный палец (предварительно обмотать марлей или носовым платком) вдоль внутренней поверхности щеки к корню языка;
- согнуть палец в дистальной фаланге, сместить и удалить инородное тело.

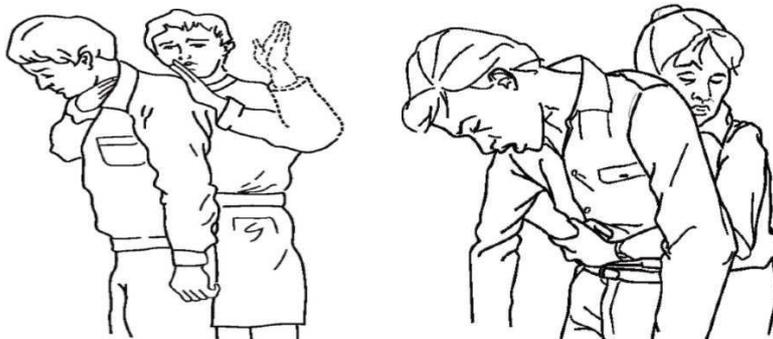
Если причиной обструкции является западение корня языка, то применяют:

- приём Сафара: разогнуть голову в шейно-затылочном сочленении, выдвинуть нижнюю челюсть вперёд и вверх;
- придание больному устойчивого бокового положения: уложить пострадавшего на правый бок, а голову разогнуть кзади.

При отсутствии результатов удалить инородное тело неинвазивными методами, применяют:

1. Коникотомия (вскрытие гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами).

2. Введение нескольких игл (от инфузионных систем) в трахею.



ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ КАРМАННОГО ИНГАЛЯТОРА И СПЕЙСЕРА

Цель: снятие приступа удушья при бронхиальной астме.

Показания: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором или кожный антисептик, карманный дозированный ингалятор, спейсер, спирт 70⁰, стерильные ватные шарики, емкость для отходов группы «А», емкость для дезинфекции спейсера, перчатки, маска.

Последовательность действий:

I. Подготовка к манипуляции.

1. Объяснить пациенту ход процедуры, используя ингаляционный баллончик без лекарственного препарата.
2. Усадить пациента, если позволяет состояние пациента, то лучше проводить ингаляцию стоя (дыхательная экскурсия при этом эффективнее).
3. Снять защитный колпачок с мундштука баллончика с аэрозолем перевернуть и хорошо встряхнуть (не менее 5 раз).
4. Подсоединить широкий конец спейсера к мундштуку баллончика.
5. Плотнo закрыть конец спейсера колпачком, чтобы избежать распространения вещества наружу.

II. Выполнение манипуляции.

1. Нажать указательным пальцем на дно баллончика и произвести впрыскивание аэрозоля в спейсер.
2. Попросить больного сделать глубокий выдох.
3. Снять колпачок со спейсера и предложить пациенту спокойно вдохнуть через рот.
4. Задержать дыхание на 5-10 секунд.
5. Медленно, спокойно выдохнуть.

III. Завершение манипуляции.

1. Отсоединить баллончик от спейсера и закрыть его колпачком.
2. Спейсер положить в емкость с дезраствором.
3. Произвести дезинфекцию спейсера
4. Сделать отметку в листе назначения

ПОДГОТОВКА К ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

Показания к интубации: определяет врач (острая дыхательная недостаточность вследствие шока, терминальных состояний, отека легких, утопления, отравления и пр.).

Цель интубации: обеспечение длительной ИВЛ, дренирование дыхательных путей.

Оснащение:

1. Ларингоскоп с набором клинков.
2. Набор эндотрахеальных трубок разного диаметра.
3. Проводник для эндотрахеальных трубок.
4. Шприц 10 гр. для раздувания манжетки.
5. Кляп с фиксирующим бинтом.
6. Воздуховод.
7. Роторасширитель, языкодержатель.
8. Фонендоскоп.
9. Лейкопластырь.
10. Марлевые салфетки, шарики.
11. Зажим Кохера.
12. Корнцанг.
13. Электроотсос с набором стерильных катетеров.
14. Мешок Амбу или аппарат ИВЛ. с набором дыхательных масок.
15. желудочный зонд.
16. Анестетики ингаляционные (фторотан), неингаляционные (тиопентал-натрия, гексенал, калипсол).
17. Мышечные миорелаксанты:
 - короткого действия (дитилин, листенон);
 - длительного действия (ардуан, павулон).
18. Местные анестетики (дикаин).

Последовательность действий:

I. До интубации трахеи:

1. Соединить клинок ларингоскопа с рукояткой.
2. Проверить надежность фиксации и работу лампочки (ярко горит, не гаснет при встряхивании).
3. Вставить коннекторы в интубационные трубки.
4. Проверить целостность герметизирующей манжеты (она не должна спадаться после пробного раздувания).
5. Смазать трахеальный конец интубационной трубки дикаиновой пастой.

II. После интубации трахеи:

1. Раздуть манжетку шприцем с заранее известным объемом вводимого воздуха;
2. Воздуховод манжетки зажать зажимом, закрыть заглушку на воздуховоде манжетки и снять с него зажим;
3. Смочить бинт (кляп) раствором фурацилина 1:5000, зафиксировать его к эндотрахеальной трубке и к шее больного.
4. Провести аспирацию слизи в ротовой полости.

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ (ТОРАКОЦЕНТЕЗ)

Показания: экссудативный и гнойный плеврит, пневмоторакс, гемоторакс.

Оснащение:

1. Резиновые перчатки.
2. Стерильный перевязочный материал.
3. Стерильный лоток.
4. Пункционная игла длиной 10 см, диаметром 1 мм.
5. Дренажная трубка.
6. Зажим.
7. Пинцеты.
8. Шприц с инъекционной иглой - 2.
9. Раствор новокаина 0,5% - 10 мл.
10. Спирт 70° этиловый.
11. Лейкопластырь.
12. Пробирка из бактериологической лаборатории.
13. Рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекции.

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ТРАХЕОСТОМИИ

Показание: инородные тела гортани, опухоли гортани.

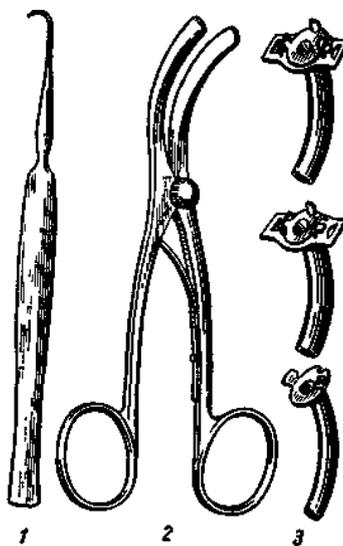
Оснащение:

Инструменты общей группы:

1. Бикс с простынею, пеленкой, марлевой маской, хирургическими перчатками, перевязочным материалом (шарики, салфетки).
2. Скальпели.
3. Ножницы.
4. Пинцеты (хирургический, анатомический).
5. Шприц многоразовый 10мл., иглы инъекционные (подкожные, внутривенные)
6. Иглодержатель.
7. Набор шовных игл.
8. Корнцанг.
9. Кровоостанавливающие зажимы (Бильрота; Кохера; «москит»).
10. Крючки Фарабефа.
11. Цапки бельевые.
12. Шовный материал (шёлк, кетгут).
13. Электроотсос.
14. Раствор новокаина 0,25% - 0,5% - 100 мл;
15. Емкость для анестетика,
16. Раствор хлорида натрия 0,9%.
17. 2% раствор йода
18. 70° спирт;

Инструменты для трахеостомии:

19. Однозубый острый крючок.
20. Ранорасширитель Труссо.
21. Трахеостомические трубкиразных размеров.



ТУАЛЕТ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

Оснащение:

1. флакон стерильного фурацилина 500 мл 1:1000;
2. флакон с 5% раствором гидрокарбоната натрия 200 мл;
3. стерильные перчатки
4. стерильный катетер для трахеи;
5. стерильный катетер для полости рта;
6. стерильная трахеостомическая канюля;
7. стерильные марлевые салфетки и шарики;
8. пинцет или корнцанг;
9. шприц на 10 мл;
10. иглы инъекционные разные.
11. электроотсос
12. тройник (для соединения катетера и электроотсоса)

Последовательность действий:

Санация трахеобронхиального дерева (Каждые 2-3 часа)

1. в течение нескольких минут провести ингаляцию чистым кислородом;
2. закапать в трахею для разжижения мокроты один (или в комбинации) из растворов: физ. р-р 0,9%; гидрокарбонат натрия 4%; муколитический фермент (трипсин, химотрипсин) и по показаниям – антибиотики;
3. провести вибрационный массаж грудной клетки в течение 5-7 минут;
4. надеть стерильные перчатки;
5. трахеостомическую канюлю отгородить стерильными салфетками.
6. подсоединить стерильный катетер (диаметр катетера должен быть в 2-3 раза меньше диаметра трахеостомической трубки) к электроотсосу;
7. смочить катетер раствором фурацилина.
8. перед введением катетера голову больного повернуть в сторону, противоположную бронху, из которого производится отсасывание.
9. при выключенном электроотсосе ввести стерильный катетер
10. катетер провести как можно глубже во время вдоха, а во время выдоха его движение приостанавливают;
11. включить электроотсос и осторожно извлечь катетер, поворачивая его вокруг оси;
12. катетер промыть стерильным раствором фурацилина, протереть стерильной салфеткой.
13. в зависимости от количества секрета в дыхательных путях, аспирацию повторяют от 3 до 6 раз.
14. продолжительность каждой аспирации не должно превышать 10-15 секунд.
15. отсасывание путём продвижения катетера вперёд и назад противопоказано!

Замена трахеостомической канюли (1 раза в сутки).

16. по окончании аспирации извлечь внутреннюю канюлю;
17. вставить стерильную внутреннюю канюлю и провести в течение нескольких минут ингаляцию чистым кислородом.
18. извлечённую канюлю тщательно очистить от корок и секрета, промыть и простерилизовать.

Примечание.

Больным с трахеостомой необходимо проводить ингаляции увлажнёнными и тёплыми воздушно-кислородными смесями т.к. из дыхания «выключается» носовое дыхание, что приводит к образованию корок и вязкой мокроты.

Для предотвращения быстрого подсыхания слизистых оболочек необходимо увлажнение вдыхаемого воздуха с использованием приборов увлажнителей: аппарата Боброва, «искусственного носа» - или ингаляций, капельного введения в трахею раствора гидрокарбоната натрия (4-5 кап./мин).

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН (ПО СЕЛЬДИНГЕРУ)

Показания: проведение многократных инфузий и трансфузий; потребность в диагностических и контрольных исследованиях (измерение ЦВД, рентгеноконтрастные исследования, многократные взятия проб крови и др.)

Противопоказания:

1. Синдром верхней полой вены
2. Резкие нарушения свертывающей системы крови в сторону гипокоагуляции
3. Локальные воспалительные процессы в местах катетеризации вен
4. Выраженная дыхательная недостаточность с эмфиземой легких
5. Двусторонний пневмоторакс
6. Травма области ключицы

Оснащение:

1. Бикс с простынею, пеленкой, марлевой маской, хирургическими перчатками, перевязочным материалом (шарики, салфетки)
2. Внутривенный катетер (диаметром 0,6/1,0/1,4) с заглушкой и проводником
3. Игла для пункционной катетеризации вен
4. Шприц (многоразовый) 10 мл
5. Шприц (одноразовый) 10 мл-2шт.
6. Иглы инъекционные (подкожные, внутривенные)
7. Раствор новокаина 0,25-0,5%- 100 мл
8. Раствор хлорида натрия 0,9%
9. Раствор гепарина (5000 ЕД в 1 мл)
10. Раствор йодоната
11. Спирт 70%
12. Ножницы
13. Пинцет
14. Лейкопластырь

УХОД ЗА КАТЕТЕРОМ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЕ

Показание: введение лекарственных средств через катетер.

Оснащение:

1. стерильный лоток;
2. стерильный перевязочный материал;
3. стерильные пинцеты;
4. спирт 70°;
5. 1% раствор бриллиантовый зеленый;
6. раствор хлорида натрия 0,9%.
7. раствор гепарина
8. лейкопластырь.

Последовательность действий:

1. Вымыть руки.
2. Надеть перчатки.
3. Приготовить лоток с перевязочным материалом и пинцетами.
4. Приготовить лекарственные средства для обработки кожи вокруг катетера: спирт 70°, 1% раствор бриллиантовый зеленый.
5. Разъяснить пациенту смысл манипуляции.
6. Расположить пациента лицом к себе, в удобном для него положении.
7. Снять старую повязку
8. Внимательно осмотреть место пункции катетера и при отсутствии отёка, гиперемии и гнойного отделяемого обработать кожу спирт 70° и 1% раствором бриллиантового зеленого
9. Наложить вокруг катетера стерильные марлевые «штанишки».
10. Зафиксировать катетер к коже лейкопластырем
11. Сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором отработанный перевязочный материал.
12. Сбросить в емкость с дезинфицирующим раствором использованные инструменты и резиновые перчатки.

Примечание.

1. Для профилактики закупорки катетера тромбом, после окончания инфузий или в промежутках между инфузиями (4 раза в сутки), необходимо промыть катетер 0,9% физиологическим раствором и установить «гепариновый замок».

Приготовление «гепаринового замка»: 100 мл. физиологического р-ра + 5000 ЕД гепарина (5000 ЕД – 1мл.) - вводят по 2 – 3 мл.

2. При разгерметизации заглушки катетера, необходимо произвести её замену. Перед тем, как открыть, или закрыть заглушку катетера необходимо попросить больного задержать дыхание.
3. При нарушении проходимости катетера срочно вызвать врача!

ПОСТАНОВКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА

Показание: катетеризация периферических вен проводится в том случае, если у пациента небольшие видимые, но не пальпируемые вены и неизвестно их состояние.

Оснащение:

1. стерильный лоток;
2. лоток для отработанного материала;
3. стерильные шарики и салфетки;
4. лейкопластырь или клеящая повязка;
5. антисептик - 70° спирт;
6. периферические внутривенные катетеры нескольких размеров;
7. переходник или соединительная трубка, или obturator;
8. жгут;
9. стерильные перчатки;
10. ножницы;
11. бинт шириной 7-10 см;
12. раствор перекиси водорода (3%).

Примечание. При выборе катетера учитывают:

- диаметр вены;
- необходимую скорость введения раствора;
- потенциальную продолжительность функционирования катетера в вене;
- свойства вводимого раствора.

Последовательность действий:

1. Проверить целостность упаковки катетера, дату изготовления.
2. Обеспечить хорошее освещение при выполнении манипуляции.
3. Помочь пациенту лечь на спину, принять удобное положение.
4. Успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
5. Приготовить контейнер для утилизации острых предметов.
6. Вымыть руки и осушить их, надеть резиновые перчатки.
7. Выбрать место предполагаемой катетеризации вены:
 - наложить жгут на 10-15 см выше предполагаемой зоны катетеризации;
 - попросить пациента поработать кистью;
 - выбрать вену путем пальпации.
8. Обработать место катетеризации 70-градусным спиртом двукратно, дать высохнуть.
9. Взять катетер и снять защитный чехол (если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывать, а держать его между пальцами свободной руки).
10. Зафиксировать вену, прижав ее пальцем ниже предполагаемого места введения катетера.
11. Ввести иглу катетера под углом 15° к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.
12. Зафиксировать иглу-стиллет, а канюлю медленно до конца сдвинуть с иглы в вену (игла-стиллет полностью из катетера пока не удаляется).
13. Не допускать введения иглы-стиллета в катетер после смещения его в вену.
14. Снять жгут.
15. Пережать вену пальцем выше места введения катетера для снижения кровотечения и окончательно удалить иглу из катетера; утилизировать иглу.
16. Снять заглушку и присоединить инфузионную систему, убрать палец с вены.
17. Зафиксировать катетер с помощью фиксирующей повязки (лейкопластыря).

УХОД ЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ВЕНОЗНЫМ КАТЕТЕРОМ

Оснащение:

1. стерильный лоток;
2. лоток для отработанного материала;
3. стерильный перевязочный материал;
4. шприц с 10 мл гепаринизированного раствора 1:1000;
5. шприц с 5 мл стерильного физиологического раствора;
6. антисептик - 70-градусный спирт;
7. стерильные заглушки в упаковке для периферических внутривенных катетеров;
8. стерильные перчатки.

Последовательность действий:

1. Приготовить стерильный лоток с:
 - перевязочным материалом;
 - стерильной заглушкой;
 - 2 шприцами емкостью 5 и 10 мл.
2. Набрать в шприц 5 мл стерильного физиологического раствора.
3. Набрать в шприц 10 мл гепаринизированного раствора.
4. Успокоить пациента, уложить руку в удобное положение, объяснить ход предстоящей манипуляции.
5. Надеть стерильные резиновые перчатки.
6. Подложить под соединительную трубку две стерильные салфетки, прекратить инфузию.
7. Отсоединить систему для внутривенного вливания лекарственных веществ от соединительной трубки периферического венозного катетера.
8. Подсоединить шприц с 5 мл стерильного физиологического раствора (для профилактики тромбоза) и ввести в катетер.
9. Отсоединить шприц от соединительной трубки катетера.
10. Подсоединить к соединительной трубке катетера шприц с 10 мл гепаринизированного раствора и ввести в катетер.
11. Отсоединить шприц от соединительной трубки катетера.
12. Закрыть стерильной заглушкой вход в катетер, убрать стерильные салфетки и шприцы в емкость с дезинфицирующим раствором.
13. Следить за состоянием фиксирующей повязки, при необходимости менять ее.
14. Осматривать регулярно место пункции с целью раннего выявления осложнений.
15. Сообщить врачу о появлении: отека, покраснения, местном повышении температуры, подтекания, болезненных ощущений во время введения препаратов.

Примечание. При смене лейкопластырной повязки запрещается пользоваться ножницами, так как при этом можно отрезать катетер, и он попадет в кровеносную систему. Для профилактики тромбофлебита на вену выше места пункции тонким слоем накладывают тромбофлебические мази (траумель, гепариновая, троксевазин).

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ

Цель премедикации:

1. Создать седативный эффект:
 - снотворные средства (фенобарбитал, люминал) по 1-2таб. на ночь перед операцией.
2. Создать потенцирующий эффект:
 - промедол в сочетании с димедролом.
3. Затормозить нежелательные рефлекторные реакции и уменьшить секрецию слизистых оболочек дыхательных путей:
 - атропин.

1. Премедикация выполняется по назначению врача.
2. Врач делает запись в истории болезни, где записывает состав премедикации, путь и время введения премедикации.

Пример: Sol. Atropini 0,1% - 1,0

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 в\м за 30 - 40 минут до операции.

Sol. Promedoli 2% - 1,0

Подпись врача: _____

3. После выполнения премедикации, медсестра делает запись в истории болезни о выполнении премедикации.

Пример:

Премедикация выполнена:

Sol. Atropini 0,1% - 1,0 в\м

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 в\м

Sol. Promedoli 2% - 1,0 в\м за 30 минут до операции.

Подпись м\сестры: _____

ПОДГОТОВКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТОЛА

1. Стерильный стол № 1:

- многоразовые шприцы 5 мл, 10 мл, 20 мл;
- инъекционные иглы;
- посуда для разведения лекарств;
- пинцеты;
- кровоостанавливающие зажимы;
- ножницы;
- перевязочный материал (салфетки, шарики);
- корнцанг.

2. Стерильный стол № 2:

- интубационные трубки;
- ларингоскопы;
- маски;
- коннекторы для соединения трубок с аппаратом;
- воздуховоды;
- роторасширитель;
- языкодержатель;
- зонды;
- носовые катетеры.

3. Нестерильный стол:

- одноразовая система для инфузий;
- одноразовые шприцы с иглами;
- катетер для отсасывания слизи из дыхательных путей в упаковке;
- термометр;
- фонендоскоп;
- лейкопластырь;
- медикаментозные средства (анестетики, миорелаксанты, сердечные, дыхательные analeптики, жидкие наркотические вещества, атропин, адреналин, прозерин, спазмолитики и др).

ТЕХНИКА ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Показания: лечебное и диагностическое (экзогенные и эндогенные интоксикации).

Противопоказания: желудочные кровотечения, острые воспалительные заболевания пищевода и желудка, сужение пищевода, язвы, опухоли, бронхиальная астма, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Возможные проблемы: нарушение сознания, снижение интеллекта, психомоторное возбуждение, необоснованный отказ от манипуляции.

Осложнения: попадание зонда в дыхательные пути, аспирационная пневмония, повреждение пищевода.

Оснащение: проточная вода, жидкое мыло с дозатором, одноразовое полотенце; антисептик, система для промывания желудка: 2 стерильных толстых желудочных зонда (длина 150 см), соединенных стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан), стеклянная воронка на 0,5-1 литр, салфетки, полотенца, лотки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, бланк направления пробы в лабораторию, контейнер для доставки биологического материала в лабораторию, емкость с водой комнатной температуры не менее 10 л, кувшин, ёмкость для слива промывных вод, перчатки, маска, 2 непромокаемых фартука, жидкое вазелиновое масло или глицерин (физиологический раствор), ёмкости с дезрастворами, отходы класса «А», «В», ручка, медицинская документация

Последовательность действий:

I. Подготовка к процедуре.

1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через рот. Получить согласие на проведение процедуры. Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать.

2. Подготовить оснащение

II. Выполнение процедуры.

3. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя на стуле прислонившись к спинке и слегка наклонив голову вперед или уложить на кушетку в положение набок

4. Снять зубные протезы, если таковые имеются у пациента

5. Отгородить пациента ширмой, если возникает необходимость.

6. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента

7. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла и антисептика), надеть чистые перчатки, маску.

8. Поставить таз к ногам пациента или к головному концу кушетки или кровати, если процедура выполняется в положении лежа.

9. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: измерить расстояние от резцов до пупка плюс ширина ладони пациента или из роста пациента вычесть 100 см

10. Перенести метку на зонд, начиная от слепого конца

11. Смочить слепой конец зонда водой, глицерином или вазелиновым маслом.

12. Встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, слегка запрокинув голову назад и глубоко дышать через нос.

13. Правой рукой взять зонд как писчее перо, положить слепой конец зонда на корень языка.

14. Предложить пациенту сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод

15. Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретится сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку

16. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединив к зонду ввести воздух под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)

17. Продвинуть зонд еще на 7-10 см

18. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Заполнить воронку полностью водой, держа ее наклонно
19. Медленно поднять воронку вверх на 1 метр
20. Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен, как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка не заполнится полностью промывными водами. Несколько раз медленно опускать воронку и снова поднимать, не допуская выливания промывных вод, пока вода помутнеет.
21. Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкость для исследования. Повторить пункт 20 и 21, если необходимо собрать промывные воды на исследование в стерильную емкость.
22. Повторить промывание несколько раз до чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выведенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз

III. Окончание процедуры.

23. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку/полотенце
24. Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором
25. Промывные воды слить в канализацию. Предварительно подвергнуть их дезинфекции.
26. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором.
27. Снять перчатки, маску. Поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть руки
28. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием.
29. Сделать отметку о выполнении процедуры

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЖЕНЩИНЫ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острая задержка мочи; промывание мочевого пузыря; послеоперационный период; послеродовой период, взятие мочи на исследование.

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение:

проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, оснащение для подмывания (емкость с дез. раствором), отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

стерильные: катетер, перчатки - 2 пары; салфетки (средние - 4 шт., малые - 2 шт.), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты — 2, подкладная клеенка и пеленка, лотки; антисептический раствор, емкость для сбора мочи.

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

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться ей. Уточнить, как к ней обращаться. Объяснить пациентке цель и ход предстоящей процедуры. Получить ее согласие на проведение процедуры (если процедура проводится в палате, отгородить пациентку)	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию.
2. Подготовить оснащение.	Необходимое условие для эффективности процедуры.
3. Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть маску, перчатки. 4. Подстелить под таз пациентки впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку).	Обеспечение инфекционной безопасности.
5. Помочь пациентке занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами. <i>Примечание: для женщин, которые не способны развести бедра, их сгибание обеспечивает достаточно хороший доступ</i>	Обеспечение доступа к уретре.
6. Подмыть пациентку.	Необходимое условие проведения процедуры.
7. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
II. Выполнение процедуры: 8. Обложить стерильными салфетками вход в уретру. 9. Развести в стороны левой рукой (если вы правша) малые половые губы. Пинцетом в правой руке взять малую салфетку, смоченную раствором антисептика, и обработать ее вход в уретру движениями сверху вниз. При необходимости повторить процедуру. Поместить салфетку в лоток для использованного инструментария. 10. Взять вторым пинцетом катетер на расстоянии 5-6 см от бокового отверстия как пишущее перо. Наружный конец катетера держать между IV - V пальцами.	Обеспечение инфекционной безопасности.
11. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом.	Облегчение введения катетера. Исключение травмы слизистой уретры.

<p>12. Развести 1 и 2 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 хорошо не определяется - требуется консультация врача.</i></p>	<p>Снижение болезненности при введении катетера. Вход в уретру может быть не виден вследствие атрофии влагалища, врожденной женской</p>
<p>13. 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>14. Поместить пинцет в лоток для использованного материала.</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности.</p>
<p>15. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет по каплям, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, одновременно извлекая катетер.</p>	<p>Обеспечение промывания уретры остатками мочи.</p>
<p>16. Поместить катетер в лоток для использованного материала. 17. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Вылить мочу в унитаз, замерить количество при необходимости. 18. Снять перчатки и поместить их в лоток для использованного материала. 19. 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. Завершение процедуры: 20. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых инструментов. 21. Вымыть руки.</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности.</p>
<p>22. Сделать запись о проведении процедуры и реакции на нее пациентки в медицинской документации.</p>	<p>Обеспечение преемственности ухода.</p>

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ МУЖЧИНЫ РЕЗИНОВЫМ КАТЕТЕРОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

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

Возможные проблемы: необоснованный отказ от манипуляции, психомоторное возбуждение.

Оснащение:

проточная вода, жидкое мыло, полотенце, антисептик, оснащение для подмывания (емкость с дез. Раствором), отходы класса «А», «Б», ручка, медицинская документация.

стерильные: катетер, перчатки, салфетки (средние - 4 шт., малые - 2 шт.), глицерин (вазелиновое масло), пинцеты - 2, лотки; подкладная клеенка и пеленка, антисептический раствор, емкость для сбора мочи,

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

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре: 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить суть и ход предстоящей процедуры. Получить согласие на проведение процедуры. Если процедура проводится в палате, отгородить пациента ширмой.	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию.
2. Подготовить оснащение.	Необходимое условие для эффективности процедуры.
3. Вымыть руки (гигиенический уровень). Надеть перчатки. Подстелить под таз пациента впитывающую пеленку (или клеенку и пеленку).	Обеспечение инфекционной безопасности.
4. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: на спине с полусогнутыми разведенными ногами.	Обеспечение доступа к уретре.
5. Подмыть пациента. 6. Снять перчатки и сбросить их в непромокаемую емкость. Надеть стерильные перчатки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
II. Выполнение процедуры: 7. Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член ниже головки.	Обеспечение психологического комфорта пациента.
8. Взять половой член между 3-м и 4-м пальцами левой руки, сдавить слегка головку, 1-ми 2-м пальцами отодвинуть крайнюю плоть.	Обеспечение доступа к наружному отверстию мочеиспускательного канала.
9. Смочить с помощью пинцета марлевый тампон в растворе фурациллина и обработать им наружное отверстие мочеиспускательного канала и головку полового члена. <i>Отверстие обрабатывается сверху вниз, головка полового члена по часовой стрелке.</i>	Обеспечение инфекционной безопасности.
10. Поместить пинцет и тампон в лоток для использованного инструментария. 11. Взять вторым стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от его клюва (клюв катетера опущен вниз), обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между 4-м и 5-м пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги).	Обеспечение инфекционной безопасности.

12. Обработать клюв катетера стерильным вазелиновым маслом.	Облегчение введения катетера в мочеиспускательный канал.
13. Удерживая 1-2 пальцами левой руки головку полового члена, ввести в мочеиспускательный канал первые 4-5 см катетера.	Учет анатомических особенностей мочеиспускательного канала у мужчин.
14. Перехватить катетер пинцетом еще на 3-5 см от головки и медленно погружать в его 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.
15. Опустить наружный конец катетера в емкость для сбора мочи.	Профилактика попадания мочи на окружающие предметы.
16. Наблюдать за выделением мочи. Когда моча пойдет по каплям, надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком. После прекращения мочевыделения осторожно извлечь катетер.	Обеспечение промывания уретры остатками мочи.
17. Поместить катетер в лоток для использованного материала.	Обеспечение инфекционной безопасности.
18. Убрать пеленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Мочу вылить в унитаз.	
19. Снять перчатки. Вымыть руки.	
20. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму, если она использовалась.	Обеспечение психической безопасности.
III. Завершение процедуры: 21. Провести дезинфекцию использованного инструментария (проконтролировать заполнение канала катетера раствором) с последующей утилизацией одноразовых предметов медицинского назначения. 22. Вымыть руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.
23. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента в медицинской документации.	Обеспечение преемственности ухода.