
Технология сестринских
манипуляций. Сестринский
процесс в организации питания
больных.

Подготовил:

*студент 5 курса 19 группы лечебного
факультета*

Мусорин Евгений

Сестринское дело

— часть системы здравоохранения, включающая деятельность по укреплению здоровья населения, профилактику заболеваний, предоставление психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным людям всех групп. Подход к сестринскому делу, точное определение его рамок, функции и формы организации сестринского персонала различаются в разных регионах, и зависят от особенности национальной культуры, уровня системы здравоохранения, демографической ситуации и других факторов.

Сестринский процесс

— это научный метод организации и оказания сестринской помощи, систематический путь определения ситуации, в которой находятся пациент и медсестра, и возникающих в этой ситуации проблем, в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон. Сестринский процесс — динамичный, циклический процесс.

Целью сестринского процесса являются поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма, требующего комплексного (холистического) подхода к личности пациента.

Технология сестринских манипуляций

- **сестринский процесс подразумевает под собой выполнение необходимых манипуляций. Правила выполнения медицинских манипуляций подробно изложены в национальных стандартах Российской Федерации.**
-

Сестринский процесс в организации питания пациентов

- **Питание – один из важнейших факторов, оказывающих значительное влияние на здоровье, работоспособность и устойчивость организма к воздействию окружающей среды. Ещё Гиппократ говорил, что «...пища должна быть лекарством, а лекарство – пищей».**
- **Диета (греч. *diaita* – образ жизни, режим питания) – режим питания здорового и больного человека. Диетология (диета + греч. *logos* – учение) – раздел медицины, изучающий питание человека в норме и при различных заболеваниях, а также занимающийся организацией лечебного питания.**
- **Лечебное питание (диетотерапия) – применение с лечебной или профилактической целью специально составленных пищевых рационов и режимов питания.**

Сестринский процесс в организации питания пациентов

- В Российской Федерации до настоящего времени использовали единую номерную систему диет для обеспечения индивидуализации лечебного питания большого количества больных с теми или иными заболеваниями и их разным течением – лечебные диеты или диетические столы № 0–15, разработанные в Институте питания АМН СССР. Каждая диета имеет индивидуальную характеристику, в которой отражают следующие показатели:
 - 1) показания к назначению;
 - 2) цель назначения;
 - 3) общая характеристика;
 - 4) химический состав и калорийность;
 - 5) режим питания;
 - 6) перечень продуктов и блюд, которые разрешены и запрещены, составленный в определённом порядке – продукты, содержащие белки, жиры, углеводы, приправы и напитки. Лечебные диеты дифференцированы по основным нозологическим формам (по заболеваниям).

Сестринский процесс в организации питания пациентов

- **В настоящее время Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» утверждена новая номенклатура лечебных диет – система стандартных диет, включающая пять вариантов.**
- **Формирование вариантов стандартных диет проводят не по основным нозологическим формам (болезням), что лежало в основе формирования диет (столов) как таковых, а по отношению к механическому и химическому щажению, количеству белка и калорийности.**

Режим питания

- **Общее руководство диетическим питанием в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет главный врач, а в его отсутствие – заместитель главного врача по лечебной работе.**
 - **За организацию лечебного питания и адекватное применение его во всех отделениях лечебно-профилактического учреждения отвечает врач-диетолог. Он руководит диетическими медицинскими сестрами (диетсестрами) и осуществляет контроль за работой пищеблока. Если должность врача-диетолога в лечебно-профилактическом учреждении отсутствует, ответственной за эту работу выступает диетическая медицинская сестра.**
-

Режим питания

- **Контроль за лечебным питанием осуществляют врач-диетолог и диетсестра лечебного учреждения. В обязанности врача-диетолога входят правильное составление лечебных диет, контроль за их правильным применением, консультативная помощь врачам в оптимальном назначении диетического стола, контроль за меню, соблюдением технологии приготовления диетических блюд, их качеством и химическим составом. На диетическую медицинскую сестру возложен контроль за работой пищеблока и соблюдением санитарно-гигиенических норм.**

Составление и выписывание порционника

- **Лечебное питание назначает (или отменяет) врач, записывая в истории болезни и листе назначений номер диеты. Затем (обычно во второй половине дня) палатная медсестра выбирает из листов назначений сведения о диетах и составляет порционник поста в двух экземплярах. В порционнике обязательно указывают следующие сведения.**
 - **Фамилия, имя, отчество пациента.**
 - **Номер палаты.**
 - **Номер диетического стола (или разгрузочная диета).**
 - **При необходимости – назначенное дополнительное питание.**
 - **Дата составления порционника.**

Составление и выписывание порционника

Дата	Ф.И.О. больного	№ палаты	№ диеты	Дополнительное питание
...	Иванов И.М.	6	4	100 г мяса
...
Итого: Диета № 4 — ... чел.				
...				
Подпись палатной медсестры				

Составление и выписывание порционника

- Утром медицинская сестра один экземпляр порционника поста сдаёт старшей медицинской сестре отделения, другой экземпляр передаёт санитарке-раздатчице в буфет. Старшая медицинская сестра на основании полученных от всех палатных медицинских сестёр порционников составляет порционное требование, подписывает его сама и у заведующего отделением, а затем передаёт порционное требование в пищеблок. Требования заполняют на больных, включая поступивших в отделение до 12 ч дня, на 1–2 сут. вперед.

Составление и выписывание порционника

ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ на «__» _____ 200... г.

_____ отделение

Прошу зачислить на довольствие

чел.

Диета №	1	5	9	...	Индивидуальный стол	Всего
Кол-во больных						

Подпись заведующего отделением

Подпись старшей медсестры

Порядок раздачи пищи

- **Выдачу пищи из пищеблока проводят строго по установленному для каждого отделения времени. Её начинают только после того, как дежурный врач стационара снимет пробу с пищи.**
- **Буфетчица устанавливает бачки с пищей на специальные передвижные столики и доставляет их в буфетную, где хранится столовая посуда и установлены электрическая плита для подогрева пищи (в случае необходимости), титаны для горячей воды (кипятильники для воды большой ёмкости) и моечная. Затем после доставки пищи в отделение в соответствии с порционным требованием начинается её раздача буфетчицей, младшей медсестрой и палатной медсестрой.**
- **Если до раздачи пищи младшая медсестра осуществляла мероприятия по уходу за больными (помогала совершать утренний туалет, занималась уборкой палат и др.), она должна переодеться в специальную одежду и тщательно обработать руки. Медицинскому персоналу должны быть выделены отдельные халаты со специальной маркировкой «Для раздачи пищи».**

Кормление больных

В зависимости от способа приёма пищи различают следующие формы питания больных.

- • Активное питание – больной принимает пищу самостоятельно.
- • Пассивное питание – больной принимает пищу с помощью медицинской сестры. (Тяжелобольных кормит медицинская сестра с помощью младшего медицинского персонала.)
- Искусственное питание – кормление больного специальными питательными смесями через рот или зонд (желудочный или кишечный) либо путём внутривенного капельного введения препаратов.

В зависимости пути поступления пищи:

- Энтеральное
- Парэнтеральное

Пассивное питание



Рис. 4-1. Кормление больной: *а* — поднесение поильника; *б* — кормление с помощью ложки.

Искусственное питание



КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ПОИЛЬНИК

- **Цель: обеспечение кормления пациента. Показания: отсутствие возможности самостоятельно принимать пищу. Оснащение: поильник, салфетки, емкости с жидкой, гомогенизированной пищей или питательными смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.**

Этапы:

I. Подготовка к процедуре

- 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые (Установление контакта с пациентом)**
- 2. Объяснить предстоящую процедуру. Рассказать пациенту, чем его будут кормить (Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита)**
- 3. Получить согласие пациента на проведение процедуры (Соблюдение прав пациента)**
- 4. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке (Обеспечение эффективного проведения процедуры)**
- 5. Переместить пациента на бок или в положение Фау-лера, если позволяет его состояние (Профилактика аспирации)**
- 6. Вымыть и осушить руки (Профилактика внутрибольничной инфекции)**
- 7. Подготовить оснащение (Обеспечение качественного выполнения процедуры)**

II. Выполнение процедуры

- 1. Прикрыть шею и грудь пациента салфеткой (Предупреждение загрязнения одежды)**
- 2. Налить в поильник небольшое количество питательной смеси (t 36—37 °С) (Профилактика аспирации. Обеспечение оптимальной температуры смеси)**
- 3. Предложить пациенту взять в рот носик поильника. (Слегка наклонить поильник Облегчение поступления пищи в ротовую полость)**
- 4. Рекомендовать пациенту принимать питательную смесь небольшими порциями (Профилактика аспирации)**
- 5. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи (Ограничение роста бактерий в ротовой полости)**
- 6. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею пациента (Исключение попадания остатков пищи в постель)**
- 7. Помочь пациенту занять удобное положение (Обеспечение физического и психологического комфорта)**
- 8. Убрать использованное оснащение (Обеспечение психологического комфорта)**

III. Окончание процедуры

- 1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки (Обеспечение инфекционной безопасности)**
 - 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента (Обеспечение преемственности с сестринского ухода)**
-

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ С ПОМОЩЬЮ ЛОЖКИ

Цель: обеспечение кормления пациента. Показания: дефицит или полное отсутствие возможности самоухода. Оснащение: прикроватный столик, ложка, салфетка, емкости с пищей или смесями, стакан теплой кипяченой воды, лоток.

I. Подготовка к процедуре

- 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые (Установление контакта с пациентом)**
- 2. Предупредить пациента о предстоящем приеме пищи за 15 мин и получить его согласие. Рассказать пациенту, чем его будут кормить. Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. (Соблюдение прав пациента. обеспечение права пациента на выбор. Возбуждение аппетита).**
- 3. Проветрить помещение. Протереть прикроватный столик и пододвинуть его к кровати или приготовить место на тумбочке. Вымыть и осушить руки (Обеспечение эффективного проведения процедуры)**
- 4. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или положение сидя с опущенными ногами (Профилактика асфиксии)**
- 5. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду (Поддержание чувства собственного достоинства пациента)**
- 6. Прикрыть грудь пациента салфеткой (Обеспечение инфекционной безопасности)**
- 7. Помочь пациенту установить зубные протезы (при их наличии) (Обеспечение самостоятельного пережевывания)**

2. Выполнение процедуры

1. Вымыть и осушить руки (Обеспечение инфекционной безопасности)
2. Принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть нагреты до температуры не выше 60 °С, холодные — не ниже 15 °С. Сервировать стол (Обеспечение улучшения аппетита и вкусовых ощущений)
3. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента (Поддержание чувства собственного достоинства пациента)
4. Предложить пациенту выпить (лучше через одноразовую трубочку) несколько глотков жидкости. Снизить сухость во рту. (Облегчение пережевывания твердой пищи)
5. Кормить медленно: называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту; наполнить 2/3 ложки твердой (мягкой) пищей; коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот; прикоснуться ложкой к языку, дать возможность пациенту взять пищу в рот, извлечь пустую ложку; дать время прожевать и проглотить пищу; предлагать попить после 3—5 ложек твердой (мягкой) пищи или по требованию. Обеспечение адекватного приема пищи (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны)
6. Вытирать (при необходимости) губы больного салфеткой (Поддержание чувства собственного достоинства пациента)
7. Обеспечить пациенту возможность прополоскать рот водой после приема пищи (Ограничение роста бактерий в ротовой полости)
8. Убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента. (Проверить состояние постели. Исключение попадания остатков пищи в постель)
9. Помочь пациенту занять удобное положение. Примечание: в первые 20—30 мин после еды следует придать пациенту полусидячее (если он сидел) положение (Обеспечение физического и психологического комфорта)
10. Посуду и остатки пищи доставить в столовую (Обеспечение психологического комфорта)

III. Окончание процедуры

1. Провести дезинфекцию использованного оснащения. Вымыть и осушить руки (Обеспечение инфекционной безопасности)
 2. 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента (Обеспечение преемственности сестринского ухода)
-

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД

- **Цель:** кормление пациента.
- **Показания:** повреждения и отек языка, глотки, гортани, пищевода. расстройства речи и глотания, отсутствие сознания, отказ от приема пищи при психических заболеваниях и пр.
- **Противопоказания:** атрезия и травмы пищевода, кровотечение из желудка и пищевода, варикозное расширение вен пищевода.
- **Оснащение:** стерильный (лучше одноразовый) зонд 8—10 мм в диаметре, воронка на 200 мл или шприц Жане (лучше одноразовый), дистиллированная вода (физиологический раствор, глицерин)

I. Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры. Получить согласие (Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация пациента к сотрудничеству. Соблюдение права пациента на информацию)
 2. 2. Подготовить оснащение (Обеспечение эффективности проведения процедуры)
-

2. Выполнение процедуры

- Придать пациенту положение, удобное для кормления (сидя, лежа, положение Фаулера). Прикрыть грудь салфеткой (Обеспечение свободного прохождения зонда)
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки (Обеспечение инфекционной безопасности)
 3. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд (можно измерить расстояние от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка; либо от значения роста пациента отнять 100 см), поставить метку. Необходимое условие хтя введения зонда в желудок
 4. Смочить зонд водой или обработать его глицерином (Обеспечение свободного продвижения зонда в желудок)
 5. Ввести зонд через носовой ход на нужную глубину (Обеспечение введения зонда в желудок)
 6. Набрать 30-40 мл воздуха в шприц Жане и присоединить его к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки) Определение местонахождения зонда
 7. Отсоединить шприц от зонда и наложить зажим. Свободный конец зонда поместить в лоток (Предупреждение вытекания содержимого желудка)

2. Выполнение процедуры

8. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. Наклонить слегка воронку или шприц Жане и налить пищу, подогретую до 37—38 °С. Постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не дойдет до устья воронки (Предупреждение попадания воздуха в желудок)
9. Опустить воронку до первоначального уровня и ввести следующую порцию пищи Обеспечение бережного введения всего объема пищи
10. Введение нужного объема смеси проводить дробно, небольшими порциями по 30—50 мл, с интервалами 1—3 мин. После введения каждой порции пережимать дистальный участок зонда Предупреждение опустошения зонда
11. Промыть зонд кипяченой водой или физиологическим раствором по окончании кормления. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку. Обернуть конец зонда стерильной салфеткой или закрыть заглушку, если таковая имеется Обеспечение инфекционной безопасности
12. Зафиксировать зонд до следующего кормления Профилактика выпадения зонда
13. Осмотреть постельное белье на случай замены. Помочь пациенту занять удобное положение Обеспечение физического и психологического комфорта

III. Окончание процедуры

- 1. Подвергнуть дезинфекции использованный инструментарий. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они подлежат последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки (Обеспечение инфекционной безопасности)**
 - 2. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на нее пациента (Обеспечение преемственности ухода)**
-

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

- **Цель: обеспечение кормления пациента.**
- **Показания: наличие гастростомы и отсутствие возможности принимать пищу другими способами!**
- **Оснащение: полотенце, шприц Жане или воронка, емкость с питательной смесью по назначению врача в количестве 200-500 мл, t 38—40 °С, вода кипяченая 100 мл, нестерильные перчаток пластырь, мешок для сбора белья, емкость для дезинфекции, стерильные салфетки, гели и мази назначению врача.**

I. Подготовка к процедуре

- 1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться**
Установление контакта с пациентом
- 2. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры пациенту и родственникам, если выполняете ее впервые. Рассказать, чем больного будут кормить**
Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре. Обеспечение права пациента выбор.
Возбуждение аппетита
- 3. Убедиться в наличии согласия пациента на проведение процедуры**
Соблюдение прав пациента
- 4. Помочь пациенту занять удобное положение**
Обеспечение комфортного положен
- 5. Вымыть и осушить руки**
Профилактика инфекции
- 6. Подготовить необходимое оснащение**
Обеспечение эффективности процедуру
- 7. Надеть нестерильные перчатки**
Профилактика инфекции

II. Выполнение процедуры

- 1. Снять повязку и поместить ее в лоток для использованного материала. Провести визуальный осмотр наружной части гастростомической трубки (желудочного зонда) и кожи вокруг**
Обеспечение инфекционной безопасности
- 2. Положить полотенце на эпигастральную область, под наружную часть гастростомической трубки**
Обеспечение физического и психологического комфорта
- 3. Присоединить цилиндр Жане к гастростомической трубке (зонду), снять зажим. Налить в шприц, держа его наклонно, нужное количество питательной смеси**
Обеспечение безопасного приема пищи
- 4. Приподнять шприц, дождаться, пока пища уйдет в желудок**
Обеспечение естественной скорости поступления пищи
- 5. Повторять действия до тех пор, пока не будет введен нужный объем пищи**
Обеспечение приема всего объема пищи
- 6. Промыть зонд 30—50 мл теплой кипяченой воды после окончания введения питательных смесей**
Ограничение роста бактерий на стенках зонда
- 7. Пережать зонд зажимом, отсоединить шприц, закрыть зонд заглушкой**
Предотвращение вытекания желудочного содержимого

II. Выполнение процедуры

8. Вымыть с мылом кожу вокруг гастростомы и насухо промокнуть салфеткой Профилактика инфицирования
9. Провести осмотр кожи в области стомы и самой гастростомы на предмет выявления отека или появления свища и других изменений Своевременная диагностика осложнений
10. Наложить на кожу слой мази, пасты или защитного геля (по назначению врача) Профилактика мацерации кожи
11. Наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки Профилактика инфицирования
12. Прижать повязку-наклейку, не допуская образования складок вокруг гастростомы Предупр
еждение просачивания выделений (желудочного сока) из гастростомы
13. Закрепить наружную часть гастростомической трубки (зонда) поверх повязки. Помочь пациенту занять удобное положение. Удостовериться, что он чувствует себя нормально Обеспечение физического и психологического комфорта
14. Осмотреть постельное белье на предмет замены в случае необходимости. Убрать полотенце в мешок для использованного белья Обеспечение психологического комфорта

III. Окончание процедуры

- 1. Поместить использованный инструментарий в емкость для дезинфекции. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов (они предназначены для последующей дезинфекции и утилизации). Вымыть и осушить руки (Обеспечение инфекционной безопасности)**
- 2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента (Обеспечение преемственности сестринского ухода)**

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

- **Зондирование (франц. *sender* - зондировать, исследовать) - инструментальное исследование полых и трубчатых органов, каналов, свищевых ходов и ран с помощью зондов. Зонд – инструмент в виде эластичной трубки или комбинации трубок, предназначенный для извлечения содержимого органов ЖКТ и/или для введения в них жидкостей**

Зондирование желудка

Зондирование желудка применяют при следующих лечебно-диагностических процедурах:

- промывание желудка;
- исследование желудочного сока;
- искусственное питание.

В зависимости от цели процедуры при зондировании желудка применяют толстый или тонкий зонды, причём тонкий зонд можно вводить через нос - в этом случае вследствие меньшего раздражения мягкого нёба происходит меньшая стимуляция рвотного рефлекса.

Необходимое оснащение:

- зонд (вид зонда зависит от цели процедуры) и резиновая трубка для удлинения зонда;
- жидкое вазелиновое масло;
- роторасширитель, языкодержатель, металлический напальчник;
- резиновые перчатки, клеёнчатые фартуки;
- ведро с чистой водой комнатной температуры, литровая кружка, воронка ёмкостью 1 л, таз для промывных вод (для процедуры промывания желудка);
- раздражители энтеральные или парентеральные, штатив с пробирками для порций желудочного сока, шприцы, спирт, ватные шарики, часы-таймер (для исследования секреторной функции желудка).

Порядок выполнения процедуры:

- 1. Усадить больного на стул таким образом, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула, голову пациента слегка наклонить вперёд. Если у больного имеются съёмные зубные протезы, перед проведением процедуры их нужно обязательно снять.**
- 2. Определить расстояние l , на которое пациент должен проглотить зонд (или медсестра должна продвинуть зонд) по формуле:
$$l = L - 100 \text{ (см)},$$
где L - рост пациента, см.**
- 3. Надеть перчатки и клеёнчатый фартук; шею и грудь пациента укрыть пелёнкой или надеть на него клеёнчатый фартук.**
- 4. Достать из пакета стерильный зонд.**
- 5. Смочить слепой конец зонда водой или смазать вазелином.**
- 6. Встать сзади или сбоку от больного, предложить открыть ему рот (при необходимости - ввести роторасширитель или указательный палец левой руки в напальчнике между коренными зубами).**
- 7. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного, попросить пациента делать глотательные движения и глубоко дышать через нос.**
- 8. По мере глотательных движений медленно продвигать зонд до нужной отметки.**

Промывание желудка

Цели: диагностическая, лечебная, профилактическая.

Показания: острые пищевые (недоброкачественная пища, грибы, алкоголь) и лекарственные (суицид, случайный приём) отравления.

Противопоказания: кровотечение из ЖКТ, ожоги пищевода и желудка, бронхиальная астма, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения.

Необходимое оснащение:

- толстый желудочный зонд;
- жидкое вазелиновое масло;
- роторасширитель, языкодержатель, металлический напальчник;
- резиновые перчатки, клеёнчатые фартуки;
- ведро с чистой водой комнатной температуры, литровая кружка, воронка ёмкостью 1 л, таз для промывных вод.

Порядок выполнения процедуры

- 1. Ввести толстый желудочный зонд до определённой метки (см. выше раздел «Зондирование желудка»).**
- 2. Подсоединить воронку к зонду и опустить её, слегка наклонив, до уровня колен больного, чтобы вылилось содержимое желудка.**
- 3. Налить в воронку 1 л воды, затем медленно поднимать её, пока уровень воды в воронке не достигнет её устья (но не более!).**
- 4. Опустить воронку ниже уровня колен пациента, сливая появившееся содержимое желудка в таз (рис. 8-2; промывные воды поступают в таз по закону сообщающихся сосудов).**
- 5. Повторить процедуру промывания желудка несколько раз, пока промывные воды не станут чистыми.**
- 6. Отсоединить воронку от зонда, осторожно извлечь зонд из желудка пациента.**
- 7. Дать пациенту прополоскать ротовую полость водой, обеспечить ему покой.**
- 8. Поместить зонд с воронкой на 1 ч в ёмкость с дезинфицирующим раствором (3% раствором хлорамина Б).**
- 9. При необходимости отправить первую порцию промывных вод в лабораторию (бактериологическую, токсикологическую и пр.).**

Промывание желудка



Рис. 8-1. Промывание желудка.

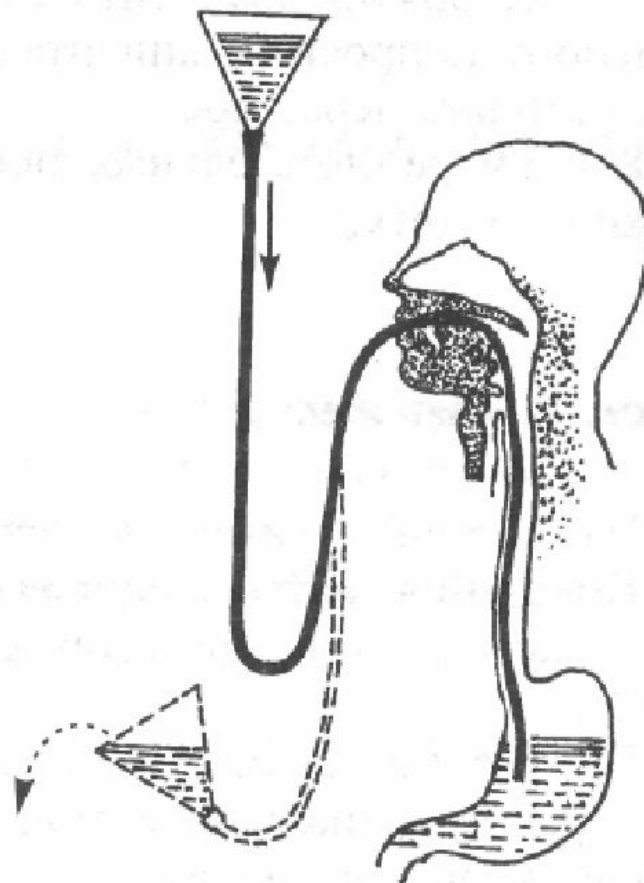


Рис. 8-2. Последовательность расположения воронки при промывании желудка.

Клизмы

Клизма (греч. *klyisma* - промывание) - процедура введения в прямую кишку различных жидкостей с лечебной или диагностической целью.

К лечебным относятся следующие клизмы.

- **Очистительная клизма: её назначают при запорах (очищение нижнего отдела кишечника от каловых масс и газов), по показаниям - перед операцией и для подготовки к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости.**
- **Сифонная клизма: её применяют в случае неэффективности очистительной клизмы, а также при необходимости многократного промывания толстой кишки.**
- **Послабляющая клизма: её назначают как вспомогательное очистительное средство при запорах с формированием плотных каловых масс. В зависимости от вида вводимого препарата различают гипертонические, масляные и эмульсионные послабляющие клизмы.**
- **Лекарственная клизма: её назначают с целью введения через прямую кишку лекарственных средств местного и общего действия.**
- **Питательная клизма: её применяют для введения в организм водных, солевых растворов и глюкозы. Другие питательные вещества с помощью клизмы не вводят, так как в прямой и сигмовидной кишке не происходят переваривание и всасывание белков, жиров и витаминов.**

Абсолютные противопоказания для всех видов клизм:

- **желудочно-кишечные кровотечения**
- **острые воспалительные процессы в толстой кишке**
- **острые воспалительные или язвенно-воспалительные процессы в области заднего прохода**
- **злокачественные новообразования прямой кишки**
- **острый аппендицит**
- **перитонит**
- **первые дни после операций на органах пищеварения**
- **кровотечение из геморроидальных узлов**
- **выпадение прямой кишки.**

Очистительная клизма

Цели:

- **очистительная — опорожнение нижнего отдела толстой кишки путём разрыхления каловых масс и усиления перистальтики;**
- **диагностическая — как этап подготовки к операциям, родам и инструментальным методам исследования органов брюшной полости;**
- **лечебная — как этап подготовки к проведению лекарственных**

клизм.

Показания: запоры, отравления, уремия, клизмы перед операциями или родами, для подготовки к рентгенологическому, эндоскопическому или ультразвуковому исследованию органов брюшной полости, перед постановкой лекарственной клизмы.

Очищительная клизма

Для постановки очистительной клизмы применяют специальный прибор (прибор для очистительной клизмы), состоящий из следующих элементов.

1. Кружка Эсмарха (стеклянный, резиновый или металлический сосуд ёмкостью до 2л).
2. Толстостенная резиновая трубка диаметром просвета 1 см, длиной 1,5 м, которую соединяют с тубусом кружки Эсмарха.
3. Соединительная трубка с краном (вентилем) для регуляции тока жидкости.
4. Наконечник стеклянный, эбонитовый или резиновый.

Необходимое оснащение: тёплая вода в объёме 1—2 л, прибор для очистительной клизмы, штатив для подвешивания кружки, термометр для измерения температуры жидкости, клеёнка, пелёнка, таз, судно, маркированные ёмкости для «чистых» и «грязных» кишечных наконечников, шпатель, вазелин, спецодежда (маска, медицинский халат, фартук и одноразовые перчатки), ёмкости с дезинфицирующим раствором.

Порядок выполнения процедуры

- 1. Подготовиться к проведению процедуры:
тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой,
надеть маску, фартук и перчатки.**
- 2. Налить в кружку Эсмарха кипячёную воду или жидкость назначенного состава, объёма (как правило, 1—1,5 л) и температуры.**
- 3. Подвесить кружку на штатив на высоту 1 м над уровнем тела больного.**
- 4. Открыть кран, заполнить трубки (длинную резиновую и соединительную), выпустить несколько миллилитров воды для вытеснения из трубок воздуха и закрыть кран.**
- 5. Поставить на пол около кушетки таз; на кушетку положить клеёнку (её свободный конец опустить в таз на случай, если больной не сможет удержать воду) и сверху неё — пелёнку.**

Порядок выполнения процедуры

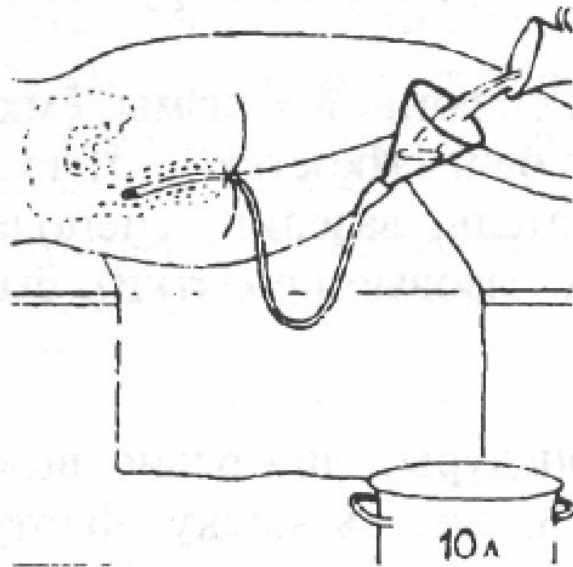
- 6. Предложить больному лечь на край кушетки на бок (предпочтительно на левый), согнув колени и приведя их к животу для расслабления брюшного пресса (если больному противопоказано движение, клизму можно поставить и в положении пациента на спине, подложив под него судно); пациент должен максимально расслабиться и дышать глубоко, ртом, не напрягаясь.**
- 7. Набрать шпателем небольшое количество вазелина и смазать им наконечник.**
- 8. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой лёгкими вращательными движениями осторожно ввести в анальное отверстие наконечник, продвигая его вначале по направлению к пупку на 3-4 см, затем параллельно позвоночнику до общей глубины 7-8 см.**
- 9. Приоткрыть кран, следя за тем, чтобы вода не поступала в кишечник слишком быстро, так как это может вызвать боль. Если у больного появилась боль в животе, необходимо немедленно приостановить процедуру и подождать, пока боль не пройдёт. Если боль не утихает, нужно сообщить врачу.**
- 10. Если вода не идёт, поднять кружку выше и/или изменить положение наконечника, выдвинув его назад на 1-2 см; если вода по-прежнему не поступает в кишечник, извлечь наконечник и заменить его (так как он может быть забит каловыми массами).**
- 11. По окончании процедуры закрыть кран и извлечь наконечник, прижав правую ягодицу больного к левой, чтобы не вытекла жидкость из прямой кишки.**
- 12. Предложить больному самому сжать анальный сфинктер и задержать воду как можно дольше (не менее 5-10 мин).**
- 13. Если через 5-10 мин пациент почувствует позыв к дефекации, подать ему судно или провести доминирование, чтобы он по возможности**

Порядок выполнения процедуры

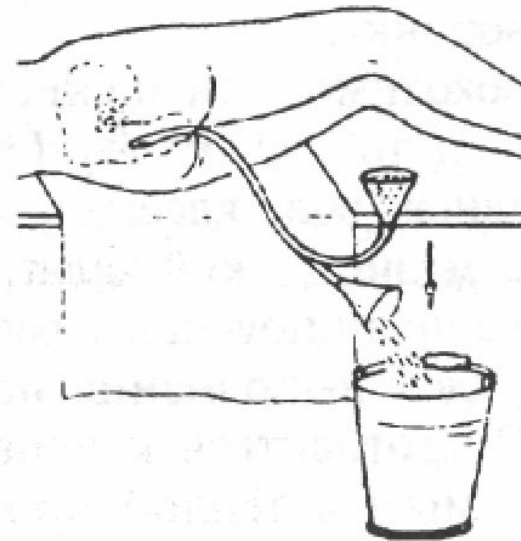
14. Убедиться, что процедура прошла эффективно; если больной опорожнился только водой с небольшим количеством каловых масс, после осмотра пациента врачом клизму необходимо повторить.
15. Разобрать систему, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
16. Снять фартук, маску, перчатки, вымыть руки.

Жидкость, вводимая с помощью клизмы, оказывает на кишечник механическое и температурное воздействия, которые можно в определённой степени регулировать. Механическое воздействие можно увеличивать или уменьшать, корректируя количество вводимой жидкости (в среднем 1-1,5 л), давление (чем выше подвешена кружка, тем больше давление вводимой жидкости) и скорость введения (регулируется краном прибора для очистительной клизмы). Соблюдая определённый температурный режим вводимой жидкости, можно усиливать перистальтику: чем ниже температура вводимой жидкости, тем сильнее сокращения кишечника. Обычно рекомендуют температуру воды для клизмы 37-39 °С, но при атоническом запоре применяют холодные клизмы (до 12°С), при спастическом - тёплые или горячие, уменьшающие спазм (37-42 °С).

Очищительная клизма



a



б

Рис. 8-6. Постановка сифонной клизмы: *a* — в воронку наливают воду, поступающую в кишечник; *б* — после опускания воронки через неё начинает выделяться содержимое кишечника.

Сифонная клизма

- многократное промывание кишечника по принципу сообщающихся сосудов: один из этих сосудов - кишечник, второй - воронка, вставленная в свободный конец резиновой трубки, другой конец которой введён в прямую кишку. Сначала воронку, наполненную жидкостью, приподнимают на 0,5 м над уровнем тела пациента, затем, по мере поступления жидкости в кишечник (когда уровень убывающей воды достигает сужения воронки), воронку опускают ниже уровня тела больного и ждут, пока из неё не начнёт поступать содержимое кишечника. Поднимание и опускание воронки чередуют, причём при каждом подъёме воронки в неё добавляют жидкость. Сифонное промывание кишечника проводят до тех пор, пока из воронки не будет выходить чистая вода. Вводят обычно 10-12 л воды. Количество выделяемой жидкости должно быть больше введённого объёма жидкости.

Цели:

- очистительная - достичь эффективного очищения кишечника;
- от каловых масс и газов;
- лечебная;
- дезинтоксикационная;
- как этап подготовки к операции.

Показания:

отсутствие эффекта от очистительной клизмы (вследствие длительных запоров), отравление некоторыми ядами, подготовка к операции на кишечнике, иногда - при подозрении на толстокишечную непроходимость (при толстокишечной непроходимости отсутствуют газы в промывных водах).

Для постановки сифонной клизмы используют специальную систему, состоящую из следующих элементов:

- **стеклянная воронка ёмкостью 1-2 л;**
- **резиновая трубка длиной 1,5 м и диаметром просвета 1-1,5 см;**
- **соединительная стеклянная трубка (для контроля прохождения содержимого);**
- **толстый желудочный зонд (или резиновая трубка, снабжённая наконечником для введения в кишечник).**

Стеклянной трубкой соединяют резиновую трубку с толстым желудочным зондом, на свободный конец резиновой трубки надевают воронку.

Необходимое оснащение: система для сифонной клизмы, ёмкость 3 с 10-12 л чистой тёплой (37 °С) воды, ковш ёмкостью 1 л, таз для промывных вод, клеёнка, пелёнка, шпатель, вазелин, спецодежда (маска, медицинский халат, фартук, одноразовые перчатки), ёмкости с дезинфицирующим раствором.

Порядок выполнения процедуры:

- 1. Подготовиться к проведению процедуры: тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть маску, фартук и перчатки.**
- 2. Поставить на пол около кушетки таз; на кушетку положить клеёнку (свободный конец которой опустить в таз) и сверху неё - пелёнку.**
- 3. Попросить больного лечь на край кушетки, на левый бок, согнув колени и приведя их к животу для расслабления брюшного пресса.**
- 4. Приготовить систему, набрать шпателем небольшое количество вазелина и смазать им конец зонда.**
- 5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть ягодицы, а правой рукой лёгкими вращательными движениями осторожно ввести в анальное отверстие зонд на глубину 30-40 см.**
- 6. Расположить воронку в наклонённом положении чуть выше уровня тела больного и наполнить её с помощью ковша водой в количестве 1 л.**
- 7. Медленно поднять воронку на 0,5 м над уровнем тела пациента.**

Порядок выполнения процедуры:

- 8. Как только уровень убывающей воды достигнет устья воронки, опустить воронку ниже уровня тела пациента и дождаться заполнения воронки обратным током жидкости (воды с частицами кишечного содержимого). Нельзя допускать убывания воды ниже устья воронки во избежание попадания в трубку воздуха. Попадание в систему воздуха нарушает реализацию принципа сифона; в этом случае следует начать процедуру заново.**
- 9. Слить содержимое воронки в таз. При отравлении из первой порции промывных вод необходимо взять 10-15 мл жидкости для исследования.**
- 10. Повторить промывание (пп. 6-9) до появления в воронке чистых промывных вод.**
- 11. Медленно извлечь зонд и погрузить его вместе с воронкой в ёмкость с дезинфицирующим раствором.**
- 12. Провести туалет анального отверстия.**
- 13. Снять фартук, маску, перчатки, вымыть руки.**

Катетеризация мочевого пузыря

В связи с анатомическими особенностями катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин значительно отличается. Мочеиспускательный канал (уретра) у мужчин длинный, имеет изгибы. Большие сложности возникают при наличии у больного аденомы или рака предстательной железы - в этом случае мочеиспускательный канал может быть пережат или полностью перекрыт. При отсутствии навыка выполнения процедуры мочеиспускательный канал можно сильно повредить. Поэтому катетеризацию мочевого пузыря у мужчин проводит врач-уролог, тем не менее мягкий катетер (резиновый) может вводить медицинская сестра.

Катетеризация мочевого пузыря

Для катетеризации мочевого пузыря у мужчин используют длинный катетер (до 25 см), у женщин - короткий прямой катетер (женский) длиной до 15 см. Диаметр просвета катетера может быть различным. В настоящее время применяют одноразовые катетеры. Если необходимо оставить катетер в мочевом пузыре для проведения многократных манипуляций, применяют двухходовой катетер Фолея, изготовленный из специального материала, позволяющего держать катетер в полости мочевого пузыря до 7 дней. В таком катетере имеется баллончик для подачи в него воздуха, при этом он раздувается и тем самым обеспечивает фиксацию катетера в мочевом пузыре.

Катетеризация мочевого пузыря

При катетеризации мочевого пузыря необходимо проводить профилактику мочевой инфекции. Перед катетеризацией и в течение 2 дней после неё с профилактической и лечебной целями по назначению врача больному дают антибактериальные препараты. Все предметы, соприкасающиеся при катетеризации с мочевыводящими путями, должны быть стерильными. Металлические и резиновые катетеры стерилизуют кипячением в течение 30-40 мин после их предварительного мытья тёплой водой с мылом, а непосредственно перед введением катетеры смазывают стерильным вазелиновым маслом или глицерином. Катетеризацию проводят после осмотра уретральной области и тщательного туалета наружных половых органов обязательно в стерильных перчатках с соблюдением правил асептики и антисептики.

Катетеризация мочевого пузыря

- Показания: острая задержка мочи, промывание мочевого пузыря, введение в мочевой пузырь лекарственных средств, взятие мочи для исследования у женщин.
- Противопоказания: повреждение мочеиспускательного канала, острый уретрит, острые воспалительные процессы мочеиспускательного канала, мочевого пузыря и предстательной железы у мужчин (уретрит, простатит, кавернит, орхоэпидидимит), кровотечение при свежей травме мочеиспускательного канала.
- Введение катетера может быть затруднено (иногда невозможно) из-за стриктуры (сужения) мочеиспускательного канала вследствие перенесённых травм, гонореи и др. Важное значение имеет своевременный сбор анамнеза!
- Возможные осложнения: кровотечение, гематомы, разрыв стенки мочеиспускательного канала.

Необходимое оснащение:

- **стерильный катетер (или стерильный одноразовый набор для катетеризации), пинцеты в стерильном лотке, корнцанг, антисептический раствор для обработки наружного отверстия мочеиспускательного канала (например, 0,02% раствор нитрофурала), стерильное вазелиновое масло, стерильные салфетки, ватные тампоны, ёмкость для мочи, клеёнка, стерильные перчатки.**

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин мягким катетером



Рис. 8-8. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин.

Порядок выполнения процедуры:

- 1. Подложить под больного клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.**
- 2. Попросить больного принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.**
- 3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.**
- 4. Подготовиться к процедуре: тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки.**
- 5. Удерживая половой член в вертикальном положении, сдвинуть крайнюю плоть и обнажить головку полового члена, левой рукой зафиксировать её средним и безымянным пальцами и раздвинуть наружное отверстие мочеиспускательного канала большим и указательным пальцами.**

- 6. Правой рукой взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать головку полового члена вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала в направлении сверху вниз (от мочеиспускательного канала к периферии), меняя тампоны.**
 - 7. Влить 3-4 капли стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала и нанести на катетер (на длину 15-20 см) стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и предупреждения неприятных ощущений у больного).**
 - 8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5-7 см от его конца («клюва»), ввести конец катетера в наружное отверстие мочеиспускательного канала.**
 - 9. Постепенно, легко надавливая на катетер, передвигать катетер глубже по мочеиспускательному каналу на глубину 15-20 см, заново перехватывая катетер пинцетом каждые 3-5 см (при этом следует левой рукой постепенно опускать половой член в сторону мошонки, что способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учётом анатомических особенностей). Если при введении катетера ощущается сильное сопротивление, следует немедленно остановить процедуру!**
 - 10. При появлении мочи опустить наружный конец катетера в лоток для сбора мочи.**
 - 11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.**
 - 12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.**
 - 13. Снять перчатки, вымыть руки.**
-

Катетеризация мочевого пузыря у женщин

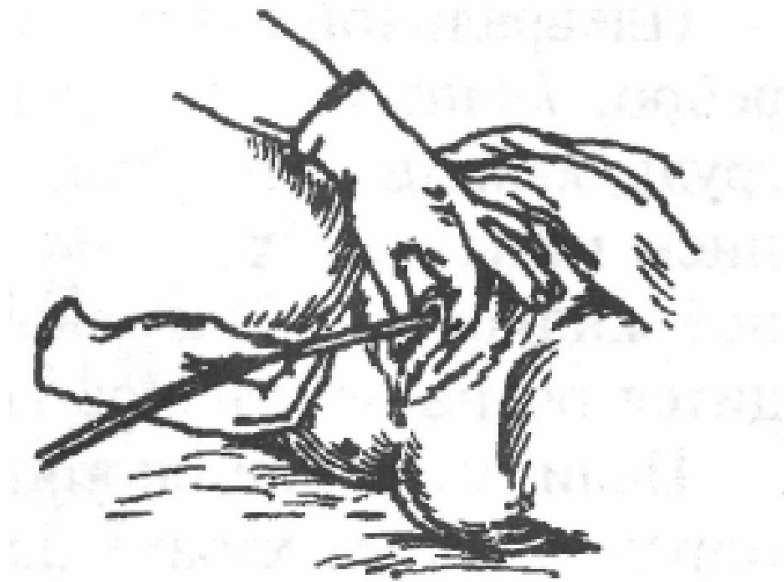


Рис. 8-9. Катетеризация мочевого пузыря у женщин.

Порядок выполнения процедуры:

- 1. Подложить под больную клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.**
- 2. Попросить женщину принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.**
- 3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.**
- 4. Подготовиться к процедуре (тщательно вымыть руки с мылом тёплой проточной водой, надеть стерильные перчатки).**
- 5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть половые губы, чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.**
- 6. Правой рукой взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми губами в направлении сверху вниз.**
- 7. нанести на конец («клюв») катетера стерильное вазелиновое масло (для облегчения введения катетера и минимизации неприятных ощущений больной).**

Порядок выполнения процедуры:

- 8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 7-8 см от его конца («клюва»).**
- 9. Вновь раздвинуть левой рукой половые губы; правой рукой осторожно ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 4-5 см до появления мочи.**
- 10. Опустить свободный конец катетера в ёмкость для сбора мочи.**
- 11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.**
- 12. Поместить катетер (если использовался многократный набор для катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.**
- ~~13. Снять перчатки, вымыть руки.~~**

Уход за пациентом с трахеостомой

- Стома — это искусственно созданное оперативным путем отверстие или искусственный наружный свищ в полый орган. Трахеостома — это искусственный наружный свищ трахеи. Ее накладывают:
 - при затруднении дыхания после операций в подчелюстной области;
 - обширных операциях в челюстно-лицевой области;
 - расстройствах дыхания, связанных с нарушением проходимости гортани, вызванных инородным телом, опухолью, отеком гортани;
 - для подачи наркоза, когда не удается дать наркоз через рот.

Цель. Освобождение трахеотомической трубки от слизи обеспечение должного санитарного состояния трубки; уход за кожей вокруг трубки.

Уход за пациентом с трахеостомой

- **Показания.** Ежедневный туалет 2 — 3 раза в сутки.
- **Оснащение.** Раствор фурацилина 1:5 000; цинковая мазь или паста Лассара; 2 и 4% раствор натрия гидрокарбоната; вазелиновое или стерильное растительное масло; стерильные ватные шарики; стерильные марлевые салфетки; стерильный трахеобронхиальный катетер; стерильный пинцет, шпатель; почкообразные тазики — 2 шт.; стерильные ножницы; электроотсос или шприц Жане.

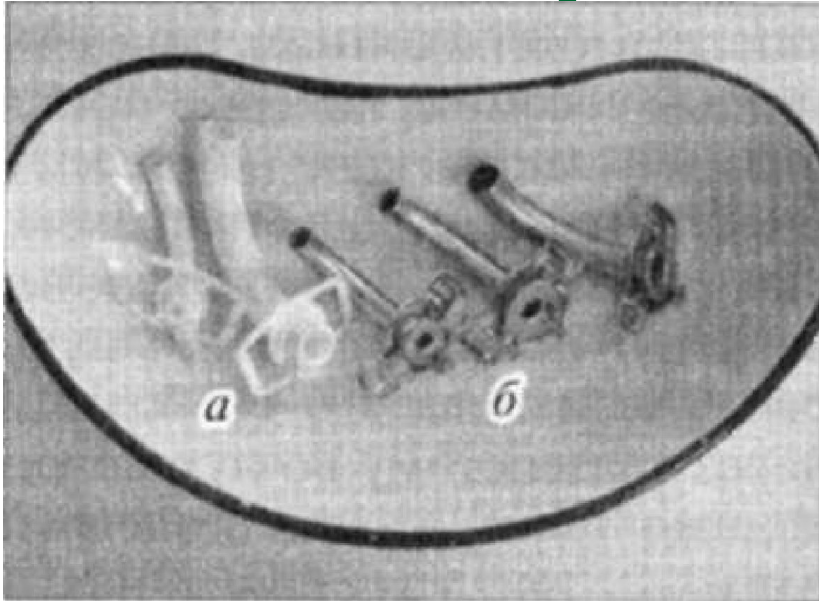
Уход за пациентом с трахеостомой

- Техника выполнения.** 1. Каждые 2 — 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 — 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.
2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи. Для этого следует:
- а) за 30 мин до отсасывания приподнять ножной конец кровати и сделать массаж грудной клетки;
 - б) за 10 мин до отсасывания слизи через трахеотомическую трубку влить 1 мл 2 % раствора натрия гидрокарбоната для разжижения слизи;
 - в) ввести в трахеотомическую трубку на 10—15 см стерильный трахеобронхиальный катетер;
 - г) соединить катетер с отсосом и отсосать скопившуюся слизь (или сделать это с помощью шприца Жане).

Уход за пациентом с трахеостомой

- 3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует:**
- а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина;**
 - б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином;**
 - в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.**

Уход за пациентом с трахеостомой



Виды трахеотомических трубок:
а — из термолабильной пластмассы:
б — нержавеющей стали



Повязка трахеотомической раны

Уход за гастростомой

Гастростома — это желудочный свищ на передней брюшной стенке. Целью наложения гастростомы является питание пациента.

***Цель.* Предотвращение мацерации кожи вокруг стомы.**

***Показания.* Выполняется после каждого кормления через гастростому.**

***Оснащение.* Стерильные марлевые салфетки и шарики; почкообразные тазики для стерильных и использованных шариков; стерильные пинцет, ножницы, шпатель; раствор фурацилина 1:5 000 или 3 % раствор перекиси Езодорода; 96 % спирт; паста Лассара, цинковая мазь или дерматоловая паста (изолирующие мази); шприц Жане.**

Техника выполнения

При гастростомии на переднюю брюшную стенку выводят резиновую трубку (или пуговичный зонд) для введения пациенту пищи в желудок. Трубку, как правило, пришивают к коже. В перерывах между введениями пищи трубку перевязывают или накладывают на нее зажим. Для кормления через гастростому в трубку вставляют воронку, в которую медленно вливают заранее приготовленную подогретую до $+35...+40^{\circ}\text{C}$ жидкую пищевую смесь. Обычно используют высококалорийные продукты: яйца, сметану, масло, сливки, протертое мясо, овощи, соки и т.д.

Уход за гастростомой

После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:

- 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода;**
- 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом;**
- 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь;**
- 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны;**
- 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.**

Уход за пациентом с каловым свищом

Каловый свищ — это противоестественный задний проход, предназначенный для выведения каловых масс. Обычно его накладывают в левой подвздошной области.

***Цель.* Предупреждение воспаления кожи вокруг стомы.**

***Показания.* Очищение после каждого выделения очередной порции кала.**

***Оснащение.* Стерильные марлевые салфетки и ватные шарики; стерильные пинцет, шпатель; ножницы; стерильное вазелиновое масло; цинковая мазь или паста Лассара; 3 % раствор перекиси водорода; 96% спирт; почкообразные тазы для стерильных и использованных шариков.**

Техника выполнения

Манипуляция проводится в резиновых перчатках.

- 1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.**
 - 2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.**
 - 3. Обрабатывают кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом.**
 - 4. Шпателем на кожу вокруг стомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту.**
 - 5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее — еще несколько салфеток с ватой.**
 - 6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.**
-

Спасибо за
внимание!
