

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Основы сестринского дела
Специальность	34. 03. 01 - Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 7.	Мероприятия по обеспечению личной гигиены больного

г. Ставрополь, 2025 г.

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

Разработаны:

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



Шишалова Т.Н.

Обсуждены

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



Безроднова С.М.

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

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Шишалова Т.Н.



Федько Н.А.

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

- 1.Цель** Ознакомить обучающихся с правилами личной гигиены, уход за кожей больных.
- 2.Учебные вопросы**
- 1.Правила смены нательного и постельного белья.
 - 2.Подмывание больных. Подача судна.
 - 3.Уход за полостью рта (осмотр полости рта, полоскание, промывание (орошение), протирание полости рта и зубов).
 - 4.Взятие мазка со слизистой оболочки полости рта, зева.

3. Теоретическая часть

Личная гигиена – это широкое понятие, включающее в себя выполнение правил, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья человека. Первоочередным является соблюдение чистоты тела.

Кожный покров тела выполняет защитную функцию (защищает организм от механических повреждений, проникновения из внешней среды вредных и токсических веществ, микроорганизмов), участвует в обмене веществ (дыхательная, выделительная функции), является составляющей одного из органов чувств – кожного анализатора. Во время физической нагрузки,

при повышении температуры тела, при заболеваниях почек, печени, дыхательной системы, пищеварительного тракта и кожи выделительная функция находится в состоянии напряжения.

Через кожу повышается газообмен, во много раз увеличивается количество выделяемых веществ. При этом через кожу также начинают выделяться продукты нарушенного обмена веществ. Установлено, что в течение недели сальные железы кожи человека выделяют около 200 г кожного сала, а потовые железы – от 3 до 7 л пота. Загрязнение кожных покровов нарушает защитные свойства кожи и соотношение микроорганизмов, которые в норме ее населяют, создаются условия для размножения инородных микробов и паразитарных грибов. Все это может привести к появлению гнойничковой сыпи, шелушению, опрелостей, изъязвлений, пролежней.

Очевидно, что для нормального функционирования кожи необходимо содержать ее в чистоте и оберегать от повреждений. Больные, находящиеся на общем режиме, моются самостоятельно в ванне или под душем не реже 1 раза в 7 дней.

В зависимости от характера заболевания и состояния больного гигиеническая обработка больного может быть полной (ванна, душ) или частичной (обтирание, обмывание), что определяет врач.

Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и подушки из поролона. Изменение положения тела осуществлять каждые 2 ч, в том числе в ночное время, по графику: низкое положение Фаулера, положение «на боку», положение Симса, положение «на животе» (по согласованию с врачом). При каждом перемещении – осматривать участки риска. Перестилая пациенту постель, следите, чтобы не было крошек, складок, грубых швов, заплаток.

Смена постельного белья поперечным способом

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели).

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы
I. Подготовка к процедуре
1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту последовательность процедуры, получить его согласие. <i>Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого</i>
2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать чистую простыню как бинт (в поперечном направлении)
3. Вымыть руки, при возможном контакте с биологическими жидкостями надеть перчатки
II. Выполнение процедуры
1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье
2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента, слегка приподнять его; помощнику — извлечь из-под головы подушку
3. Опустить пациента на кровать. Сменить наволочку
4. Снять с пациента одеяло, прикрыть его небольшой простыней
5. Медсестре приподнять голову и плечи пациента, помощнику скатать грязную простыню со стороны изголовья до середины кровати. На освободившейся части постелить и расправить приготовленную и свернутую валиком чистую простыню



6. Положить в изголовье подушку и опустить на нее голову и плечи пациента

7. Поднять таз пациента (активного больного попросить опереться на ноги и приподняться над кроватью), сдвинуть грязную простыню в направлении стоп, следом расправить чистую, опустить на нее пациента
8. Поместить грязную простыню в мешок для белья
9. Заправить под матрац со всех сторон края чистой простыни
10. Снять пододеяльник с одеяла, надеть чистый. Грязный пододеяльник положить в мешок. Укрыть пациента. Заправить одеяло
11. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно
12. Вынести грязное белье из палаты
III. Окончание процедуры
1. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки
2. Сделать отметку о смене белья в журнале

Смена постельного белья продольным способом

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции (процедура выполняется медсестрой и помощником, пациент находится в постели).

Показания: дефицит самоухода. **Оснащение:** комплект чистого белья, мешок для грязного белья, перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором.

Этапы
I. Подготовка к процедуре
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре. <i>Внимание! Если к процедуре привлекаются родственники или другие члены медицинской бригады, следует заранее определить объем вмешательств каждого</i>
2. Подготовить комплект чистого белья. Скатать половину простыни в виде валика по всей длине



3. Вымыть и осушить руки, при риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки
--

II. Выполнение процедуры
1. Встать с обеих сторон кровати, опустить изголовье
2. Медсестре подвести руки под плечи и голову пациента и слегка приподнять его, помощнику — извлечь из-под головы подушку. Опустить пациента на кровать (без подушки). Снять наволочку с подушки и положить ее в мешок для грязного белья. Надеть чистую наволочку
3. Медсестре снять с пациента одеяло и прикрыть его небольшой простыней
4. Медсестре повернуть пациента на бок, лицом к краю кровати, и придерживать его в этом положении. Одновременно проводить наблюдение за его состоянием
5. Помощнику скатать грязную простыню валиком к спине пациента и расстелить заранее приготовленную и наполовину скатанную чистую простыню, накрывая освободившуюся часть постели
6. Помощнику повернуть пациента на спину, затем осторожно — на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне. Придерживать пациента в положении на боку
7. Медсестре скатать грязную простыню и убрать ее в мешок для грязного белья. Раскатать чистую простыню и заправить ее края под матрац
8. Повернуть пациента и уложить на спину. Под голову и плечи подложить подушку
9. Помощнику снять грязный пододеяльник, положить его в мешок для грязного белья. Надеть чистый. Накрыть пациента. Заправить одеяло
10. Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно
III. Окончание процедуры
1. Удалить из палаты мешок с грязным бельем. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки
2. Сделать отметку о смене белья

Смена рубашки тяжелобольному пациенту

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика внутрибольничной инфекции.

Показания: дефицит самоухода. **Оснащение:** чистая рубашка, мешок для грязного белья.

Этапы
I. Подготовка к процедуре
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие
2. Оценить физические возможности пациента
3. Подготовить чистую рубашку
4. Вымыть руки. При необходимости надеть перчатки

<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Поднять голову и плечи пациента, помочь ему сесть. Собрать рубашку со спины до затылка, переместить ее через голову на грудь, затем полностью снять с рук. <i>Примечание: пациенту, испытывающему трудности при сидении, смену осуществлять с помощником, который придерживает пациента за плечи; пациенту, прикованному к постели, выполнять процедуру в той же последовательности, только в положении лежа</i></p>
2. Положить рубашку в мешок для грязного белья
3. Надеть чистую рубашку в обратном порядке: сначала на руки, затем переместить за голову, потом расправить рубашку на спине и груди
4. Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Удалить мешок с грязным бельем из палаты. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки</p>
2. Сделать отметку о смене белья

Помощь пациенту в использовании судна или мочеприемника

Цель: поддержание личной гигиены пациента (процедура выполняется медсестрой и помощником). **Показания:** дефицит самохода.

Оснащение: 2 пары чистых перчаток, судно, мочеприемник, клеенка, туалетная бумага, ширма, лоток, салфетки, вода, корнцанг.

Этапы
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. При незнании пациентом последовательности проведения предстоящей процедуры объяснить его ему</p>
2. Получить согласие на проведение процедуры
3. Оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении
4. Вымыть руки. Надеть перчатки
5. Подготовить необходимое оснащение. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного воды. Убедиться, что поверхность судна сухая. <i>Примечание: если у пациента не нарушена целостность кожных покровов и отсутствуют пролежни в области крестца, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей</i>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)</p>

2. Опустить изголовье. Встать по обе стороны кровати. Медсестре помочь пациенту слегка повернуться на бок. Придерживать его в этом положении, фиксируя за плечи и таз. Помощнику подложить и расправить клеенку под ягодицами пациента

3. Поставить судно на клеенку в непосредственной близости от ягодиц больного, помочь пациенту повернуться на спину (при этом его промежность должна оказаться на судне).

Примечание: мужчине при отсутствии самостоятельных действий можно поставить между ногами мочеприемник и бережно опустить в него половой член (при необходимости одновременной подачи судна и мочеприемника или независимо от подачи судна)

4. Снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала
5. Поправить подушки, приподнять изголовье кровати, укрыть пациента одеялом
6. Периодически подходить к пациенту
7. После получения сигнала от пациента о завершении опорожнения медсестре опустить изголовье кровати. Повернуть пациента на бок, придерживать его за плечи и таз; помощнику надеть перчатки, убрать судно и накрыть его (судно можно убрать в целлофановый пакет)
8. Медсестре придерживать некоторое время пациента в положении на боку; помощнику вытереть область анального отверстия пациента туалетной бумагой, если больной не может сделать это самостоятельно
9. Переместить пациента на спину, подмыть, при необходимости — обеспечить возможность вымыть руки
10. Убрать клеенку из-под пациента. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполнялась в палате). Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно
III. Окончание процедуры
1. Провести дезинфекцию использованных предметов ухода. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись об опорожнении кишечника или мочевого пузыря в листе наблюдения и о реакции пациента — в документах

Уход за наружными половыми органами мужчин

Цель: поддержание личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода.

Оснащение: кувшин с теплой (35—37 °С) водой, тазик, махровая рукавичка — 2 штуки, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно.

Этапы
I. Подготовка к процедуре
1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры, получить его согласие
2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в емкость (тазик) теплую воду
3. Отгородить пациента ширмой (при необходимости)
4. Вымыть руки. Надеть перчатки
II. Выполнение процедуры
1. Опустить изголовье кровати, повернуть пациента на бок, подстелить под больного клеенку
2. Повернуть пациента на спину. Поднять изголовье кровати. Помочь больному занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)
3. Надеть махровую рукавичку на перчатку правой руки
4. Смочить рукавичку в емкости (тазике) с теплой водой, слегка отжать ее. Лево́й рукой оттянуть крайнюю плоть, обнажить головку полового члена и протереть ее влажной рукавичкой

5. Смочить рукавичку, слегка отжать ее и протереть мошонку
6. Выполнить очередное ополаскивание рукавички. Протереть паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку. По окончании процедуры снять рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов
7. Сменить рукавичку на сухую. Осушить половой член, мошонку, паховую область и далее в той же последовательности. Снять использованную рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов. <i>Примечание: в стационарах уход за наружными половыми органами чаще осуществляется на судне с помощью корнцанга, стерильных тампонов и кувшина с водой</i>
8. Опустить изголовье кровати, переместить пациента на бок. Убрать клеенку и пеленку в непромокаемый мешок для грязного белья
9. Переместить пациента на спину, поднять изголовье. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно. Убрать ширму. Вынести из палаты мешок с бельем, лоток с рукавичками
III. Окончание процедуры
1. Погрузить использованные рукавички в раствор дезинфектанта. Вылить воду из тазика и продезинфицировать его. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациента

Уход за наружными половыми органами и промежностью женщин

Цель: поддержание личной гигиены. **Показания:** дефицит самоухода; профилактика пролежней.

Оснащение: емкость с теплой (35—37 °С) водой, почкообразные лотки, перчатки, ширма, клеенка, пеленка, судно, ватные тампоны и марлевые салфетки, корнцанг, кувшин, мешок для грязного белья.

Этапы
I. Подготовка к процедуре
1. Собрать информацию о пациентке. Доброжелательно и уважительно представиться ей. Уточнить, как к ней обращаться, если медсестра видит пациентку впервые. Объяснить цель и последовательность проведения предстоящей процедуры, получить согласие
2. Подготовить необходимое оснащение. Налить в кувшин теплой воды. Положить в лоток ватные тампоны (салфетки), корнцанг
3. Отгородить пациентку ширмой (при необходимости)
4. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки
II. Выполнение процедуры
1. Опустить изголовье кровати. Повернуть пациентку на бок. Постелить клеенку и пеленку под пациентку
2. Поставить судно в непосредственной близости от ягодиц пациентки. Повернуть ее на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна

3. Помочь занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены)
4. Встать справа от пациентки (если медсестра правша). Поместить в непосредственной близости от себя лоток с тампонами или салфетками. Закрепить тампон (салфетку) корнцангом
5. Держать кувшин в левой руке, а корнцанг в правой. Лить воду на гениталии женщины, тампонами (меняя их) осуществлять движения сверху вниз, от паховых складок к гениталиям, затем к анусу, обмывая: а) одним тампоном — лобок; б) вторым — паховую область справа и слева; в) далее — правую и левую половые (большие) губы, область анального отверстия, межъягодичную складку. Использованные тампоны сбрасывать в судно
6. Осушить промокательными движениями с помощью сухих салфеток лобок, паховые складки, гениталии и область анального отверстия пациентки в той же последовательности и в том же направлении, что и при подмывании, меняя салфетки после каждого этапа
7. Повернуть пациентку на бок. Убрать судно, клеенку и пеленку. Вернуть пациентку в исходное положение (на спину). Поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок
8. Помочь пациентке занять удобное положение. Укрыть ее. Убедиться, что она чувствует себя комфортно. Убрать ширму
III. Окончание процедуры
1. Опорожнить судно от содержимого и поместить его в емкость с дезинфектантом. Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки
2. Сделать запись в документах о выполнении процедуры и реакции пациентки

Уход за полостью рта: каждому человеку необходимо соблюдать элементарные правила ухода за полостью рта:

- полоскать рот водой после каждого приёма пищи;
- чистить зубы на ночь и утром, так как в течение ночи поверхность слизистой оболочки рта и зубов покрывается мягким налётом, состоящим из клеток эпителия, слизи и микроорганизмов. У больных образование налёта ускоряется, так как через слизистую оболочку полости рта начинают выделяться продукты нарушения обмена веществ: азотистые вещества при почечной недостаточности, глюкоза при сахарном диабете, ртуть при ртутных отравлениях и т.д. Эти вещества загрязняют слизистую оболочку и часто ведут к интенсивному размножению микроорганизмов. Уход за полостью рта тяжелобольных должен быть более тщательным; проводит его медицинская сестра.

Осмотр полости рта: больной открывает рот. Медицинская сестра шпателем оттягивает губы и щёки больного. При осмотре нёбных миндалин и задней стенки глотки надавливают шпателем на корень языка и предлагают больному произнести звук «А-А-А». При осмотре полости рта, миндалин и глотки необходимо усиленное освещение, для чего можно использовать лампу-рефлектор.

Полоскание рта: после каждого приёма пищи больному рекомендуют прополоскать рот 0,5% раствором натрия гидрокарбоната (раствором пищевой соды) или 0,9% раствором натрия хлорида (физиологическим раствором). После этого протирают язык: на кончик

языка накладывают стерильную марлевую салфетку, вытягивают кончик языка из полости рта левой рукой, а правой рукой влажным ватным шариком, зажатым в пинцете, снимают налёт с поверхности языка и смазывают язык глицерином.

Промывание полости рта: промывание полости рта проводят с помощью шприца, резинового баллона, кружки Эсмарха с резиновой трубкой и стеклянным наконечником. Применяют слабые растворы: 0,5% натрия гидрокарбоната, 0,9% натрия хлорида, 0,6% водорода перекиси, калия перманганата (1:10000) и др. Больного усаживают или придают ему положение полусидя с несколько наклонённой головой, чтобы жидкость не попала в дыхательные пути. Шею и грудь закрывают клеёнкой, а к подбородку подставляют тазик или лоток. У больного, лежащего на спине, голова должна быть повернута; если возможно, то и самого больного поворачивают набок. Угол рта оттягивают шпателем и стружкой воды под умеренным давлением промывают сначала преддверие полости рта, а затем и собственно полость рта. Если у тяжелобольного есть съёмные зубные протезы, перед процедурой их следует вынуть (и вымыть).

Кружка Эсмарха - специальная кружка для клизм и спринцеваний. Предложена немецким врачом Фридрихом фон Эсмархом (1823-1908). Зубные протезы выступают частой причиной раздражения дёсен и изъязвлений в ротовой полости. Если их регулярно не очищать, они могут стать источниками гингивита, кандидоза и, как следствие, неприятного запаха изо рта. Зубные протезы необходимо регулярно вынимать и тщательно промывать. У больных с кандидозом и сухостью рта протезы каждый вечер необходимо удалять, тщательно очищать и замачивать на ночь в 1% растворе натрия гипохлорита или помещать в чистую сухую посуду. Кандидоз (от *Candida* - род дрожжеподобных микроорганизмов) - микоз, вызываемый дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Микоз (греч. *mykes* - гриб) - общее название болезней человека и животных, вызываемых паразитическими грибами. Хранить протезы в стакане с водой не рекомендуют, так как во влажной среде хорошо сохраняются микробы (в том числе дрожжеподобные грибы, вызывающие кандидоз), находящиеся на поверхности протеза.

Протираание полости рта и зубов: Необходимое оснащение: шпатель, ватные шарики, пинцет, антисептический раствор (2% раствор натрия гидрокарбоната, слабый раствор калия перманганата) или тёплая кипячёная вода.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовиться к проведению процедуры: разложить необходимое оснащение, надеть перчатки.
2. Обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и левой рукой осторожно потянуть его изо рта.
3. Пинцетом в правой руке взять ватный шарик, смочить его антисептическим раствором и, снимая налёт, протереть язык.
4. Отпустить язык, сменить тампон и протереть зубы с внутренней и наружной сторон.
5. Попросить больного прополоскать рот (если он в состоянии)
6. Снять перчатки, вымыть руки.

Промывание (орошение) полости рта: Необходимое оснащение: кружка Эсмарха со стеклянным наконечником и резиновой трубкой (либо грушевидный баллон или шприц Жане), клеёнка, почкообразный лоток, шпатель, антисептический раствор. Шприц Жане - шприц для промываний, отличающийся значительной ёмкостью (100-200 мл); для удобства

работы на конце штока и на кольце, охватывающем стеклянный цилиндр шприца, имеются припаянные кольца. Предложен французским урологом Ж. Жане (1861-1940).

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовиться к проведению процедуры: разложить необходимое оснащение, надеть перчатки.
2. Набрать в кружку Эсмарха тёплый антисептический раствор и подвесить её на 1 м выше головы больного.
3. Голову больного повернуть набок (иначе он может захлебнуться!), шею и грудь прикрыть клеёнкой, к подбородку подвести лоток.
4. Оттянуть угол рта шпателем, ввести наконечник в преддверие рта и струёй жидкости под умеренным давлением промыть его.
5. Промыть поочерёдно левое, затем правое защёчное пространство (щеку оттягивать шпателем).
6. Снять перчатки, вымыть руки.

Смазывание полости рта : Смазывание полости рта назначают при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Необходимое оснащение: прокипячённые шпатель и пинцет, несколько стерильных ватных шариков, стерильный лоток, лекарство, плоский стеклянный сосуд.

Порядок выполнения процедуры:

1. Подготовиться к проведению процедуры: разложить необходимое оснащение, надеть перчатки.
2. Из флакона отлить небольшое количество лекарства в плоский стеклянный сосуд.
3. Попросить больного открыть рот.
4. Взять пинцетом ватный шарик, смочить его лекарством.
5. Помогая шпателем, прижать ватный шарик к поражённому месту слизистой оболочки.
6. Затем взять свежий шарик с лекарством и приложить его к другому месту поражения.
7. Снять перчатки, вымыть руки.

Взятия мазка из зева и носа для бактериологического исследования

Показания: воспалительный процесс на слизистой зева и носа. Цель: выделение возбудителя. Подготовка: взятие мазка производится строго натощак (до забора материала не стоит пить и принимать пищу, в некоторых случаях не проводим гигиену полости рта – чистку зубов).

Алгоритм взятия мазка из зева и носа

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить информированное согласие.
2. Подготовить оснащение: стерильные пробирки с ватными тампонами, штатив для пробирок, стерильный шпатель, стерильные перчатки, маску.
3. Обработать руки гигиеническим способом, надеть стерильные резиновые перчатки, маску.
4. Промаркировать пробирки: «З» — зев и «Н» — нос.
5. Усадить пациента лицом к источнику света и при необходимости зафиксировать его с помощью помощника.
6. Попросить пациента широко открыть рот и шпателем нажать на корень языка.

7. Извлечь ватный тампон из пробирки «З» и осторожно, не касаясь языка и щёк, ввести тампон в полость рта.
8. Снять тампоном слизь с небных дужек и миндалин в такой последовательности: дужка — миндалина — язычок.
9. Извлечь тампон из ротовой полости и поместить в пробирку, не касаясь её краёв.
10. При взятии мазка из носа большим пальцем левой руки приподнять кончик носа и осторожно ввести тампон вращательными движениями в носовой ход, плотно прикасаясь к его стенкам.
11. Собрав материал, поместить тампон в пробирку, не касаясь её краёв.
12. Вымыть и обработать антисептиком руки в перчатках, затем снять маску, перчатки, сбросить их в контейнер и вымыть руки.
13. Отправить материал в бактериологическую лабораторию сразу или не позже 3 часов, при условии хранения в холодильнике.

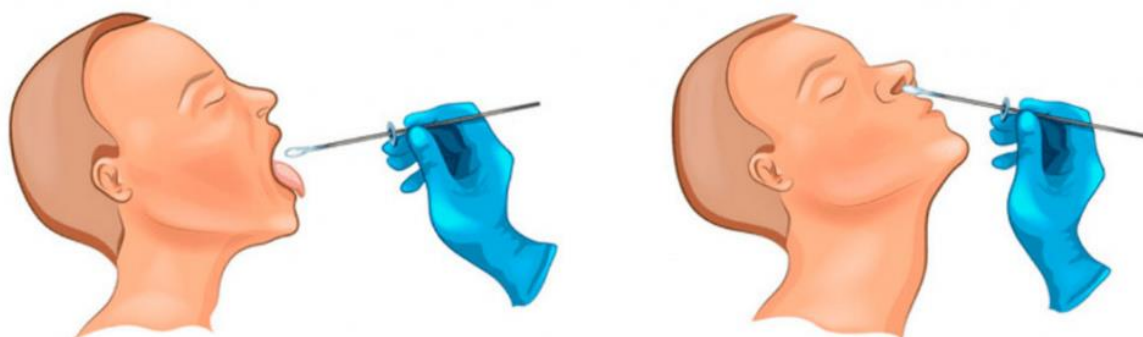


Рис.1

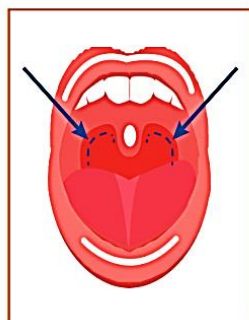


Рис.2

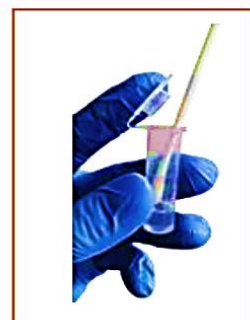


Рис. 3

5. Вопросы для собеседования

- 1.Правила смены нательного и постельного белья.
- 2.Подмывание больных. Подача судна.
- 3.Уход за полостью рта (осмотр полости рта, полоскание, промывание (орошение), протирание полости рта и зубов).
- 4.Взятие мазка со слизистой оболочки полости рта, зева.

6. Тестовые задания

Вариант 1

1. Температура раствора для подмывания

- а) 16-18° С
- б) 45-47° С
- в) 25-30° С
- г) 35-38° С

2. Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно протирать раствором

- а) 10% нашатырного спирта
- б) 10% камфорного спирта
- в) 10% калия перманганата
- г) 0,02% фурацилина

3. Постельное белье тяжелобольному пациенту меняют

- а) 1 раз в 2 недели
- б) 1 раз в неделю
- в) 1 раз в 3 дня
- г) по мере загрязнения

4. Постельное белье пациенту меняют 1 раз в

- а) 14 дней
- б) 10 дней
- в) 7 дней
- г) 1 день

5. При появлении у пациента трещин на губах медицинская сестра может их обработать

- а) вазелином
- б) 5% раствором перманганата калия
- в) 3% раствором перекиси водорода
- г) 70° этиловым спиртом

6. Для протирания слизистой ротовой полости можно использовать раствор

- а) 5% калия перманганата
- б) 3% перекиси водорода
- в) 1% хлорамина
- г) 0,02% фурацилина

7. Шприц Жанэ применяется для

- а) подкожных инъекций
- б) внутримышечных инъекций
- в) внутривенных инъекций
- г) промывания полостей

8. В отделении после освобождения суден и мочеприемников от содержимого их

- а) погружают в 1% раствор хлорамина на 15 мин.
- б) погружают в 3%раствор хлорамина на 30 мин.
- в) погружают в 1% раствор хлорамина на 60 мин.
- г) дважды протирают 1% раствором хлорамина

9. Для взятия содержимого зева для бактериологического исследования необходимо оснащение:

- а) стерильная пробирка
- б) стерильная пробирка с сухим тампоном
- в) стерильная пробирка с влажным тампоном
- г) стерильная емкость для пробы

Вариант 2

1. Для взятия содержимого зева для бактериологического исследования необходимо оснащение:

- а) стерильная пробирка
- б) стерильная пробирка с сухим тампоном
- в) стерильная пробирка с влажным тампоном
- г) стерильная емкость для пробы

2. В отделении после освобождения суден и мочеиспускателей от содержимого их

- а) погружают в 1% раствор хлорамина на 15 мин.
- б) погружают в 3% раствор хлорамина на 30 мин.
- в) погружают в 1% раствор хлорамина на 60 мин.
- г) дважды протирают 1% раствором хлорамина

3. Шприц Жанэ применяется для

- а) подкожных инъекций
- б) внутримышечных инъекций
- в) внутривенных инъекций
- г) промывания полостей

4. Для протирания слизистой ротовой полости можно использовать раствор

- а) 5% калия перманганата
- б) 3% перекиси водорода
- в) 1% хлорамина
- г) 0,02% фурацилина

5. При появлении у пациента трещин на губах медицинская сестра может их обработать

- а) вазелином
- б) 5% раствором перманганата калия
- в) 3% раствором перекиси водорода
- г) 70° этиловым спиртом

6. Постельное белье пациенту меняют 1 раз в

- а) 14 дней
- б) 10 дней
- в) 7 дней
- г) 1 день

7. Постельное белье тяжелобольному пациенту меняют

- а) 1 раз в 2 недели
- б) 1 раз в неделю

- в) 1 раз в 3 дня
- г) по мере загрязнения

8. Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно протирать раствором

- а) 10% нашатырного спирта
- б) 10% камфорного спирта
- в) 10% калия перманганата
- г) 0,02% фурацилина

9. Температура раствора для подмывания

- а) 16-18° С
- б) 45-47° С
- в) 25-30° С
- г) 35-38° С

7. Ответы на тесты

Занятие 7		
	В1	В2
1.	б	в
2.	б	б
3.	г	г
4.	в	г
5.	а	а
6.	г	в
7.	г	г
8.	б	б
9.	в	б