

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование
дисциплины Уход за больным
Специальность 31.05.01 лечебное дело
Форма обучения Очная
Год начала подготовки 2025

**Тема 2. Личная гигиена больного, больничная койка и требования
к ней.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Доцентом кафедры

Антипов В.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в
образовательном процессе для обучающихся по направлению
подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года
набора очной формы обучения _____ (протокол № _____)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

*Методические указания по дисциплине «Уход за больным» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции*

1. Цель. Закрепление у студентов знаний и практических навыков.

2. Учебные вопросы:

1. Смена постельного и нательного белья, уход за койкой, профилактика пролежней.
2. Санитарная обработка полости рта, носа, ушей у больных.
3. Ежедневный уход за кожей и волосами больного.

3. Теоретическая часть:

Важную роль в лечении заболевания и выздоровления пациента занимает среда, в которой находится пациент, прежде всего это соблюдение правил личной гигиены и чистоты в палате. В создании данных благоприятных условий основную роль отводят среднему и младшему медицинскому персоналу.

Тяжелобольные и пациенты пожилого возраста часто нуждаются в помощи при умывании, бритье, уходе за полостью рта, волосами, ногтями, при подмывании, приеме ванны, а также при осуществлении естественных отпавлений.

Принципы ухода заключаются в безопасности, конфиденциальности, уважении человеческого достоинства (то есть все действия и манипуляции выполняются только с согласия пациента), поощрение каждого пациента к самостоятельности, инфекционной безопасности, которая достигается осуществлением соответствующих мероприятий.

Положение больного в постели должно быть комфортным, постельное белье – чистым. Для тяжелобольных и больных с недержанием под матрас стелют клеенку, укладывают на функциональные кровати, используя различные приспособления, пациент может самостоятельно изменить положение тела. При необходимости медсестра также может изменить положение тела больного в кровати.

Смена постельного белья

Безусловно, проще заправить постель, если временно переместить пациента на стул (кресло). Следует помнить, что в некоторых случаях простыня может быть вспомогательным средством при перемещении пациента, а подушки – необходимым условием для правильного его размещения.

Первый способ смены постельного белья:

1. Скатать грязную простыню в валик по направлению от головного и ножного концов кровати к поясничной области.
2. Осторожно приподнять больного и убрать грязную простыню.
3. Подложить под поясницу пациента скатанную таким же образом чистую простыню и расправить ее.

Второй способ смены постельного белья:

1. Передвинуть больного к краю кровати.
2. Скатать свободную часть грязной простыни валиком от края кровати по направлению к больному.
3. Расстелить на освобожденное место чистую простыню, половина которой остается скатанной валиком.
4. Передвинуть больного на расстеленную половину чистой простыни, убрать грязную и расправить чистую.

Смена нательного белья

Подвести свою руку под спину больного, поднять край рубашки до подмышечной области и затылка.

Снять рубашку через голову пациента, затем только с его рук

Надеть рубашку в обратном порядке, то есть сначала надеть рукава, затем перекинуть рубашку через голову больного и обязательно расправить ее под его спиной.

На пациента, который находится на строгом постельном режиме, надеть рубашку-распашонку.

Уход за кожей и профилактика пролежней и опрелостей

Кожа выполняет защитную, регуляторную, выделительную функции. Через кожу, ее потовые железы выделяются вода, мочевины, мочевая кислота, натрий, калий и другие вещества. На кожных покровах после испарения пота остаются продукты обмена, которые разрушают кожу, поэтому она должна быть чистой.

Особое внимание уделяют состоянию кожи подмышечных впадин, паховой области, у женщин – области под молочными железами. Кожа промежности требует ежедневного обмывания, а тяжелобольных следует подмывать после каждого акта дефекации, а при недержании мочи и кала – несколько раз в день, во избежание мацерации.

Некачественный уход, принадлежность пациента к группе риска могут привести к образованию пролежней у пациента.

Пролежень – это омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, развивающееся вследствие их длительного сдавливания, нарушения местного кровообращения и трофики.

Основные факторы, приводящие к образованию пролежней:

1. *Давление* – вследствие давления тела происходит сдавливание тканей между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей. Усугубляется действием тяжелого постельного белья, плотных повязок, одежды;
2. «*Срезывающая сила*» – разрушение и механическое повреждение тканей под действием непрямого давления, обусловленное сдвигом тканей относительно поверхности, или их так называемое «срезывание»;
3. *Трение* как компонент «срезывающей силы». Вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими (такими, как неподвижность) каждый из них представляет риск.

Места образования пролежней

Пролежни могут образовываться в местах над костными выступами, которые сдавливаются при лежании или сидении. В этих местах очень тонкая подкожно-жировая клетчатка, а давление костных выступов выражено в наибольшей степени: крестец, пятки, сидишные бугры, локти, лопатки, затылок, область большого вертела.

Факторы, способствующие возникновению пролежней: недержание мочи, кала, неправильное положение тела лежачего пациента, неправильная техника перемещения пациента в постели, влажное белье, жесткие поверхности, на которых сидит, лежит пациент.

Меры профилактики пролежней:

- необходимо расправлять складки на белье и постели;
- каждые 1,5-2 часа следует менять положение пациента;
- если белье мокрое или загрязненное, необходимо его срочно сменить;
- следует протирать кожу дезинфицирующим раствором;
- своевременно умывать и подмывать больных;
- использовать резиновые подкладные круги, покрытые пленкой, которые следует подкладывать таким образом, чтобы место пролежня находилось над отверстием круга, не касаясь постели.

В настоящее время для предупреждения возникновения пролежней разработан специальный матрас, благодаря автоматическому компрессору ячейки матраса заполняются воздухом каждые 5-10 минут, вследствие чего меняется степень сдавливания тканей больного. Массаж тканей путем изменения давления на поверхности тела пациента поддерживает в них адекватную микроциркуляцию крови, тем самым обеспечивая снабжение

кожи и подкожно-жировой клетчатки необходимыми питательными веществами и кислородом.

Уход за слизистыми

Уход за полостью рта

На слизистой оболочке полости рта может появляться налет, который состоит из слизи, слущенных эпителиальных клеток, разлагающихся остатков пищи, патогенной микрофлоры. Это способствует возникновению воспалительных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Поэтому необходимо регулярно ухаживать за зубами и слизистыми ротовой полости. Тяжелобольным показано два раза в день протирать полость рта и зубы антисептическим раствором. В тех случаях, когда больной не может самостоятельно прополоскать рот, медсестра проводит орошение полости рта

а: 3) помочь пациенту повернуть голову; 4) установить лоток под подбородок пациента; 5) очистить зубы, полость рта и слизистые; б: 1,2) очищение флоссом (зубной нитью) промежутков между зубами: подготовить зубную нить, туго натянуть ее, захватив большим и указательным пальцами обеих рук; 3) продеть нить между зубами и плавными пилящими движениями очистить межзубные промежутки, при этом не касаясь десны; 4) очистить боковую поверхность зуба, двигая нитью снизу вверх; 5) очистить боковую поверхность задних зубов.

Выполнение процедуры: на грудь пациента постелить непромокаемую клеенку, надеть перчатки и защитные очки, установить под подбородок пациента лоток. Попросить пациента набрать воду и прополоскать рот, нанести зубную пасту на щетку, вычистить верхние и нижние зубы (щечную, язычную и жевательную поверхности), а затем и язык больного. Завершить процедуру нанесением на губы больного вазелина или гигиенической помады.

Уход за глазами

Утренний туалет глаз

Необходимое оснащение: тампоны стерильные (8-10 штук), антисептический раствор (0,02% раствор нитрофурана, 1-2 % раствор натрия гидрокарбоната), стерильный лоток. Выполнение процедуры: вымыть руки, в лоток сложить тампоны и налить антисептический раствор. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веки больного по направлению от наружного угла глаза к внутреннему, затем тампон выбросить. Повторить протирание 4-5 раз (разными тампонами!).

Для удаления гнойного отделяемого глаза необходимо промыть 3 % раствором борной кислоты или слабым раствором калия перманганата,

используя марлевый тампон. Жидкость стекает в лоток, который пациент держит под подбородком. При воспалительных заболеваниях глаз проводят закапывание глазных капель или втирание мазей (по назначению врача).

Закапывание капель в глаза

Для проведения процедуры необходимо подготовить стерильную глазную пипетку, флакон с глазными каплями.

Порядок выполнения процедуры: проверить, соответствует ли название капель назначению врача, набрать нужное количество капель, в положении больного сидя или лежа попросить его запрокинуть голову и посмотреть вверх, оттянуть нижнее веко и, не прикасаясь к ресницам (не подносить пипетку к глазу ближе чем на 1,5 см), закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем и другого глаза.

Закладывание глазной мази

Для проведения процедуры необходимо: стерильная стеклянная палочка, флакон с глазной мазью.

Порядок выполнения: посадить пациента перед собой, попросить его слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх, набрать мазь из флакона на палочку так, чтобы она покрыла всю лопаточку, расположить палочку горизонтально, чтобы лопаточка с мазью была направлена в сторону носа, оттянуть нижнее веко и заложить за него лопаточку мазью к главному яблоку, а свободной поверхностью к веку, отпустить нижнее веко и попросить больного без усилия сомкнуть веки, извлечь лопаточку из-под сомкнутых век по направлению к виску.

Уход за ушами

Больному необходимо чистить уши 2-3 раза в неделю, чтобы не образовывались серные пробки. Для промывания слухового прохода необходимо: шприц Жане емкостью 100-200 мл, вода 36-38 градусов, вата, глицериновые капли, почкообразный лоток. Порядок выполнения: набрать воду в шприц Жане, больного усадить так, чтобы источник света был направлен на его ухо, в руки пациента дать лоток, который он должен прижать к шее под ушной раковиной, левой рукой оттянуть ушную раковину кверху и кзади, а правой - ввести наконечник шприца в наружный слуховой проход. Струю жидкости нагнетать толчками по верхнезадней стенке слухового прохода. Слуховой проход после промывания высушить.

Если пробку удалить не удастся, ее необходимо размягчить глицериновыми каплями. В течение 2-3 дней 2-3 раза в сутки следует вливать в слуховой проход 7-8 капель, предварительно подогретых. Пациента нужно предупредить, что после вливания капель слух может на некоторое время ухудшиться.

Закапывание капель в ухо.

Необходимо: пипетка, флакон с ушными каплями, стерильная вата.
Порядок выполнения: наклонить голову пациента в сторону, противоположную уху, в которое будут закапывать капли, оттянуть ушную раковину левой рукой назад и вверх, а пипеткой в правой руке закапать капли в слуховой проход, попросить больного оставаться в этом положении 15-20 минут для того, чтобы жидкость не вытекала из уха, после этого ухо протереть стерильной ватой.

Уход за носом

Удаление корочек из носа

Необходимо: носовой зонд, вата, вазелиновое масло или глицерин.
Порядок выполнения: намотать на зонд вату, смоченную вазелиновым маслом, ввести зонд в носовой ход больного, а затем вращательным движением удалить корочки.

Закапывание капель в нос

Необходимо: пипетка, флакон с каплями для носа. Порядок выполнения: наклонить голову больного в сторону, противоположную тому носовому ходу, в который будут закапывать капли. Закапать капли в носовой ход. Через 1-2 минуты в другой носовой ход.

Взятие мазка со слизистой оболочки полости рта, зева, носа.

Применяют металлический стерильный помазок. Для посева, как правило, берут отделяемое из язвенного дефекта или налет с миндалин, небных дужек и слизистой оболочки полости рта. Пациента усаживают напротив источника света и просят широко открыть рот, шпателем в левой руке прижимают корень языка, правой рукой из пробирки извлекают помазок за наружную часть пробки и, ни к чему не прикасаясь, достигают необходимого участка и снимают налет или отделяемое.

Для взятия мазков из полости носа помазок, не касаясь наружной поверхности носа, вводят сначала в один, а потом в другой носовой ход и берут материал для посева.

После взятия мазков их следует отправить в лабораторию. Необходимо указать фамилию пациента, его возраст, названия отделения, дату, названия материала и цели исследования.

Уход за волосами

Медицинской сестре необходимо следить, чтобы в волосах у пациента не образовывалась перхоть. Для этого необходимо мыть голову 1 раз в неделю, используя шампунь и туалетное мыло. Для удобства выполнения данной манипуляции можно использовать надувной подголовник. Выполнение процедуры: на глаза пациента положить

небольшую пеленку (махровое полотенце), наполнить кувшин водой и смочить волосы, нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы, налить в кувшин воду и смыть весь шампунь. Развернуть чистое сухое полотенце, бережно поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо; если ему холодно, обернуть его голову полотенцем.

а) подложить под голову клеенку, свисающую с кровати; б) нанести на волосы шампунь/средство для мытья волос; в) прикрывая глаза пеленкой, теплой водой смыть моющее средство, которое стекает по краю клеенки в таз.

Расчесывание волос пациента

Волосы необходимо ежедневно расчесывать, для этого необходимо пользоваться индивидуальным частым гребешком, смоченным раствором укуса, который хорошо вычесывает перхоть и пыль.

Уход за промежностью

Кожу промежности необходимо обмывать ежедневно. Пациенты с активным положением пользуются для этой цели биде, в котором теплая вода подается вертикальной струей вверх. Биде должно быть установлено в гигиенической комнате. Тяжелобольных показано подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а также несколько раз в день при недержании мочи или кала для профилактики мацерации и воспаления кожи.

Уход за промежностью у женщин. Последовательность действий: вымыть лобок, после чего одной рукой раздвинуть половые губы и вымыть одну половую губу, затем вторую. Направление от лобка к анальному отверстию. Далее ополоснуть и тщательно осушить омываемую область в той же последовательности, меняя салфетки.

Уход за промежностью у мужчин. Необходимо взять одной рукой половой член, другой оттянуть крайнюю плоть (если мужчине не было сделано обрезание), вымыть головку полового члена круговыми движениями намыленной рукавичкой, затем прополоскать ее и насухо промокнуть головку полового члена. Вернуть крайнюю плоть в естественное положение. Вымыть, ополоснуть и насухо вытереть остальную часть полового члена по направлению к лобку. Помочь пациенту согнуть ноги в коленях и раздвинуть их, тщательно вымыть, ополоснуть и промокнуть насухо кожу мошонки. Помочь пациенту повернуться на бок и вымыть, ополоснуть и насухо вытереть анальную область.

Принятие гигиенической ванны

Принятие ванны или душа показано не реже одного раза в неделю пациенту (рис. 15). Медицинская сестра обязательно должна присутствовать во время

процедуры. При ухудшении самочувствия и состояния больного, например, возникновении бледности кожных покровов, сердцебиения или боли в области сердца, следует прекратить процедуру, оказать доврачебную помощь и через третье лицо сообщить врачу.

4. Практическая часть:

Задание 1. Смена постельного и нательного белья.

5. Вопросы для собеседования:

1. С какой целью больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, страдающим тяжелой одышкой, рекомендуют принимать в постели полусидячее положение?
2. В чем заключается основное назначение функциональной кровати?
3. Как часто следует проводить смену нательного и постельного белья?
4. Могут ли возникать пролежни при вынужденном сидячем положении?
5. Почему подкладной круг нельзя надувать слишком сильно?
6. Что следует предпринять в начальной стадии образования пролежней?
7. У тяжелобольного отмечают повышенную ломкость и легкое выпадение волос. Нужно ли ему расчесывать волосы?
8. Почему нецелесообразно закапывать в глаза более 1-2 капель лекарственных растворов?
9. Нужно ли при носовом кровотечении рекомендовать больному запрокидывать голову назад.

6. Тестовые задания

1. Смена постельного и нательного белья в отделении проводится:

- а) 1 раз в неделю
- б) 2 раза в неделю
- в) 1 раз в 10 дней
- г) 2 раза в 10 дней
- д) при выписке

2. При парентеральном питании больных питательные вещества вводятся:

- а) сублингвально
- б) внутримышечно
- в) внутривенно
- г) rectum
- д) внутривенно

3. Основные показания для искусственного питания больных:

- а) обширные травматические повреждения и отек языка
- б) бессознательное состояние
- в) непроходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- г) отказ от пищи при психических заболеваниях
- д) все выше указанное

4. При неправильном попадании зонда вместо пищевода в гортань у больного начинается:

- а) насморк
- б) резкий кашель
- в) рвота
- г) сердцебиение

5. При парентеральном питании в прямую кишку для лучшего всасывания обычно вводят растворы, подогретые до :

- а) 25-30°C
- б) 30-35°C
- в) 36-40°C
- г) 40-50°C

6. Утренний туалет глаз тяжелобольному проводят раствором:

- а) перекиси водорода
- б) гидрокарбоната натрия
- в) натрия хлорида
- г) чая

7. При обработке глаз тампон направляют:

- а) от внутреннего угла к наружному
- б) произвольно
- в) от центра к углам глаз
- г) от наружного угла к внутреннему

8. Опрелости могут развиваться:

- а) на лопатках
- б) на локтях
- в) в паховых складках
- г) на крестце

9. При появлении трещин на губах медицинская сестра обрабатывает их:

- а) вазелином

- б) 70% раствором этилового спирта
- в) 3% раствором перекиси водорода
- г) 5% раствором калия перманганата

10. При подаче судна тяжелобольного пациенту оно должно быть:

- а) с 1% раствором хлорамина
- б) обернуто простыней
- в) чистым и сухим
- г) согрето теплой водой и с небольшим количеством воды в нем

11. Основные мероприятия личной гигиены больного включают:

- а) взвешивание
- б) измерение температуры тела
- в) измерение окружности грудной клетки
- г) уход за кожей
- д) все вышеуказанные

12. Какие мероприятия следует проводить при задержке мочи в послеоперационном периоде:

- а) оксигенотерапию
- б) катетеризацию мочевого пузыря
- в) постановка сифонной клизмы
- г) перестилание постели больного

13. В каких случаях применяется искусственное питание больных через гастростому:

- а) после операций на пищеводе
- б) при неоперабельных опухолях пищевода
- в) в случаях отказа от еды при психических заболеваниях
- г) все перечисленное

14. Пролежни развиваются вследствие:

- а) Постоянного сдавления кожи.
- б) Неправильно выполненной инъекции.
- в) Неправильного питания.
- г) Всего вышеперечисленного.
- д) Нет правильного ответа.

15. Укажите объем мероприятий при обнаружении у больного вшей:

- а) Бритье волос
- б) Обработка мылом «К»

- в) Обработка серной мазью
- г) Одежду, белье и больного отправляют в дез. камеру
- д) В дез. камеру отправляют только одежду больного
- е) Больного отправляют в инфекционное отделение
- ж) Гигиеническое купание больного в ванной.

Ответы на тестовые задания:

- 1 - А
- 2 - Г
- 3 - Д
- 4 - Б
- 5 - В
- 6 - В
- 7 - Г
- 8 - В
- 9 - А
- 10 - А
- 11 - Г
- 12 - Б
- 13 - Г
- 14 - А
- 15 - АГЖ

7. Рекомендуемая литература:

1. Петрова Н.Г. Общий уход за пациентами. - СПб: СпецЛит, 2013. - 240 с.
2. Корсаков С.А. Медицина и право. info@med-pravo.ru. 2008.
3. Информация по реабилитации инвалида: советы по уходу. www.aupam.ru. 2016.
4. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 464 с.
5. Шишкин А.Н., Слепых Л.А. Уход за больными в терапевтической клинике. - СПб: ЛитРес, 2003. — 64 с.
6. Справочник по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта. 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агенство, 2011. - 472 с.
7. Калион Г.В. Лекции для медицинских учебных заведений: анестезиология и реаниматология. www.medlecture.ru, 2012.
8. Ивашкин В.Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 352 с.
9. Энциклопедия врача. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения. www.idoctor.info.ru, 2016.
10. Терминальные состояния. www.nedug.ru, 2012. (по материалам книги Неговского В.А. Очерки по реаниматологии.)
11. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными. – М.: Букинист, 2014. – 288 с.
12. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний. - М: Мастерство, 2002. - 256 с.
13. Двуреченская В.М. Подготовка пациента к исследованиям. - Ростов: Феникс, 2002. - 160 с.
14. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 1999. – 288 с.