

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 8.	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.Уход за глазами (первый туалет новорожденного, утренний туалет глаз, промывание глаз, закапывание капель в глаза).
 - 2.Уход за ушами (промывание слухового прохода, закапывание капель в ухо).
 - 3.Удаление корочек из носа. Взятие мазка из носа.
 - 4.Уход за волосами, телом.

3. Теоретическая часть

Уход за глазами: Для удаления гнойного отделяемого глаза промывают 3% раствором борной кислоты, раствором риванола или слабым раствором калия перманганата (имеющим розовый цвет) из резинового баллончика или марлевым тампоном. Для сбора стекающей жидкости используют лоток, который сам больной держит под подбородком. При воспалительных заболеваниях глаз проводят закапывание лекарств или втирание глазных мазей.

Утренний туалет глаз: Необходимое оснащение: стерильные тампоны (8-10 штук), антисептический раствор (0,02% раствор нитрофураля, 1-2% раствор натрия гидрокарбоната), стерильный лоток.

Порядок выполнения процедуры:

1. Тщательно вымыть руки.
2. В лоток положить тампоны и налить антисептический раствор.
3. Слегка отжать тампон и протереть им ресницы и веки больного по направлению от наружного угла глаза к внутреннему; тампон выбросить.
4. Взять другой тампон и повторить протирание 4-5 раз (разными тампонами).
5. Промокнуть остатки раствора в углах глаз больного сухим тампоном.

Промывание глаз

Необходимое оснащение: специальный стеклянный стаканчик на ножке, лекарственный раствор.

Порядок выполнения процедуры:

1. Налить в стаканчик лекарственный раствор и поставить перед больным на стол.
2. Попросить больного, чтобы он правой рукой взял стаканчик за ножку, наклонил лицо так, чтобы веки оказались в стаканчике, прижал стаканчик к коже и поднял голову (при этом жидкость не должна вытекать).
3. Попросить больного часто поморгать в течение 1 мин, не отнимая стаканчик от лица.
4. Попросить больного поставить стаканчик на стол, не отнимая стаканчик от лица.
5. Налить свежий раствор и попросить больного повторить процедуру (8-10 раз).

Закапывание капель в глаза (рис.1)

Необходимое оснащение: стерильная глазная пипетка, флакон с глазными каплями.

Порядок выполнения процедуры:

1. Проверить соответствие названия капель назначению врача.
2. Набрать нужное количество капель (2- 3 капли для каждого глаза).

3. В положении больного сидя или лёжа попросить его запрокинуть голову и посмотреть вверх.
4. Оттянуть нижнее веко и, не касаясь ресниц (не подносить пипетку к глазу ближе чем на 1,5 см), закапать капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Закладывание глазной мази из тюбика (рис. 1)

Необходимое оснащение: тюбик с глазной мазью.

Порядок выполнения процедуры:

1. Посадить больного перед собой и попросить его слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.
2. Оттянуть нижнее веко больного большим пальцем.
3. Держа тюбик у внутреннего угла глаза и продвигая его так, чтобы «цилиндрик» мази расположился вдоль всего века и вышел за наружную спайку век, выдавить мазь из тюбика на конъюнктиву нижнего века по границе его с глазным яблоком.
4. Отпустить нижнее веко: мазь прижмётся к главному яблоку.
5. Убрать тюбик от век.



Рис. 1. Закапывание капель и закладывание глазной мази из тюбика

Закладывание глазной мази стеклянной палочкой

Необходимое оснащение: стерильная стеклянная палочка, флакон с глазной мазью.

Порядок выполнения процедуры:

1. Посадить больного перед собой и попросить его слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх.
2. Набрать мазь из флакона на палочку таким образом, чтобы она покрывала всю лопаточку.
3. Расположить палочку у глаза горизонтально, чтобы лопаточка с мазью была направлена в сторону носа.
4. Оттянуть нижнее веко и заложить за него лопаточку мастью к главному яблоку, а свободной поверхностью к веку.
5. Отпустить нижнее веко и попросить больного без усилия сомкнуть веки.
6. 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. Сера выпадает из уха в виде комочков или крошек. Они могут скапливаться в слуховом проходе и образовывать серные пробки; при этом резко снижается слух. В таких случаях проводят промывание слухового прохода.

Промывание слухового прохода (рис. 3)

Необходимое оснащение: шприц Жане ёмкостью 100- 200 мл, вода (36-37°C), почкообразный лоток, вата, глицериновые капли.

Порядок выполнения процедуры:

1. Набрать воду в шприц Жане (рис. 4).
 2. Усадить больного перед собой боком таким образом, чтобы свет падал на его ухо.
 3. В руки больному дать лоток, который больной должен прижать к шее под ушной раковиной.
 - 4.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.
 5. Слуховой проход после промывания высушить ватой.
 6. Если пробку удалить не удаётся, её нужно размягчить содово-глицериновыми каплями.
- В течение 2-3 дней 2-3 раза в день следует вливать в слуховой проход 7-8 подогретых капель. Необходимо предупредить больного, что после вливания капель слух на некоторое время может несколько ухудшиться.



Рис. 3. Промывание слухового прохода



Рис. 4. Шприц Жане

Закапывание капель в ухо (рис. 5)

Необходимое оснащение: пипетка, флакон с ушными каплями, стерильная вата.

Порядок выполнения процедуры:

1. Наклонить голову больного в сторону, противоположную тому уху, в которое будут закапывать капли.
2. Оттянуть ушную раковину больного левой рукой назад и вверх, а пипеткой в правой руке закапать капли в слуховой проход.
3. Предложить больному оставаться в положении с наклонённой головой 15-20 мин (чтобы жидкость не вытекала из уха), после этого ухо протереть стерильной ватой.

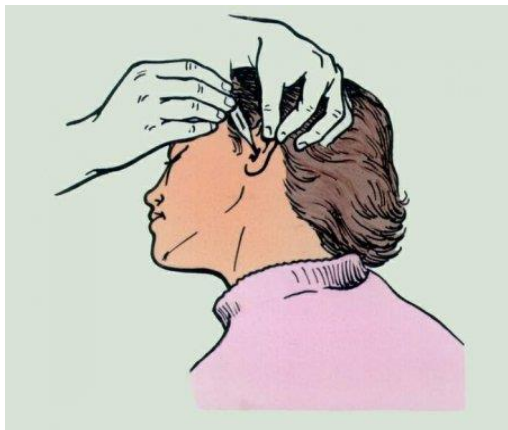


Рис. 5. Закапывание капель в ухо

Взятие мазка со слизистой оболочки полости рта, носа и зева: Применяют стерильный металлический помазок (ватный тампон, укрепленный на проволоке и пропущенный через пробку в стерильную пробирку). Для посева обычно берут отделяемое язвы или налёт с миндалин, нёбных дужек и слизистой оболочки полости рта. Больного усаживают перед источником света, просят широко открыть рот. Шпателем в левой руке прижимают корень языка больного, правой рукой извлекают из пробирки помазок за наружную часть пробки и осторожно, ни к чему не прикасаясь, достигают налёта, помазком снимают налёт или отделяемое. Для взятия мазка из носа помазок очень осторожно, 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 сразу же отправить в лабораторию с указанием фамилии больного, его возраста, номера палаты, названия отделения, даты, названия материала и цели исследования.

Алгоритм проведения гигиенического душа

Цель проведения манипуляции: обеспечение комфорта, чистоты и безопасности. Удовлетворение потребности в личной гигиене.

Показания: загрязнение кожи, педикулез.

Противопоказания: инфаркт миокард, острое нарушение мозгового кровообращения, гипертонический криз, острая сердечная и сосудистая недостаточность. Туберкулез в активной фазе. Кожные заболевания. Кровотечения. Истощение. Роженицам и пациентам, требующим экстренного хирургического вмешательства

Подготовка к манипуляции. Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки, фартук.

Оснащение: скамейка или сиденье для ванны, клеенчатый фартук, резиновые перчатки, щетка, мыло, мочалка-рукавичка, перчатки, средства для обработки ванны, водяной термометр, полотенце.

Выполнение манипуляции:

1. Надеть клеенчатый фартук и перчатки.
2. Закрывать форточки (температура в помещении 25°C).
3. Вымойте ванну чистящим средством, дезсредством, затем ополаскиваем горячей водой. Поменять фартук и перчатки.
4. Поставьте в ванну скамейку.
5. Помогите пациенту раздеться и разместиться в ванной на скамейке. В случае, если пациент не может мыться самостоятельно, моют его в определенной последовательности: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность.

Окончание манипуляции: помогают пациенту выйти из ванной, придерживая его за локти и вытереться согретым полотенцем или простыней (вытирают в том же порядке, что и мыли). Одевают в чистую одежду. Убедитесь в комфортном состоянии пациента. Снимите фартук, перчатки. Вымойте руки.

Алгоритм действий при частичной санитарной обработке (обмывание, обтирание, протирание больного)

Показания: тяжелое состояние пациента.

Противопоказания: нет.

Подготовка к манипуляции:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки, фартук.

Приготовьте оснащение:

Емкость с водой или другим раствором температурой 35–37°C, клеёнку с пеленкой или одноразовую влагонепроницаемую пеленку, губку (мягкую марлевую салфетку, рукавичку), полотенце, ширму.

Выполнение манипуляции:

1. Подложите под больного клеёнку с пеленкой или одноразовую влагонепроницаемую пеленку.
2. Губкой (салфеткой, рукавичкой), смоченной водой с мылом обработайте лицо, уши, шею, грудную клетку, руки, подмышки, живот, спину, нижние конечности, паховые складки, промежность.
3. Губку ополаскивайте перед обработкой каждой последующей части тела.

4. Сразу же насухо вытирайте эти части тела полотенцем и прикрывайте одеялом.
5. Убрать клеенку, ширму.

Окончание манипуляции. Губку, полотенце, клеёнку, перчатки замочите в дезрастворе. Снять перчатки. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.

Уход за кожей тяжелобольного пациента

Цель: соблюдение личной гигиены пациента.

Показания: отсутствие самостоятельных навыков, ограничение двигательной активности, недержание мочи и кала.

Подготовка к манипуляции:

представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Если пациент в бессознательном состоянии – дать необходимые разъяснения его представителям (родственникам). Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.

Приготовьте оснащение: емкость с водой или другим раствором температурой 35–37°C, клеёнку с пеленкой или одноразовую влагонепроницаемую пеленку, губку (мягкую марлевую салфетку, рукавичку), полотенце, ширму.

Выполнение манипуляции:

1. Закрывать окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.
2. Объяснить пациенту ход и цель процедуры.
3. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней.
4. Подложите под больного клеенку с пеленкой или одноразовую влагонепроницаемую пеленку.
5. Губкой (салфеткой), смоченной водой, обработайте лицо следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а также шею.
6. Полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента.
7. Взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медицинского работника стороны.
8. Мытье начинать с пальцев кисти, поддерживая ее снизу своей рукой. Затем вымыть руку выше, до подмышечной впадины и вытереть насухо. То же повторить с другой рукой.
9. Скатать простынь, лежащую на груди пациента.
10. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Вытереть насухо грудь и живот, накрыть сухой простыней.
11. Повернуть пациента поочередно на левый и правый бок, обтереть и просушить кожу спины.
12. Обнажить нижнюю часть туловища. Освободить от простыни ногу, противоположную от медицинского работника стороны.

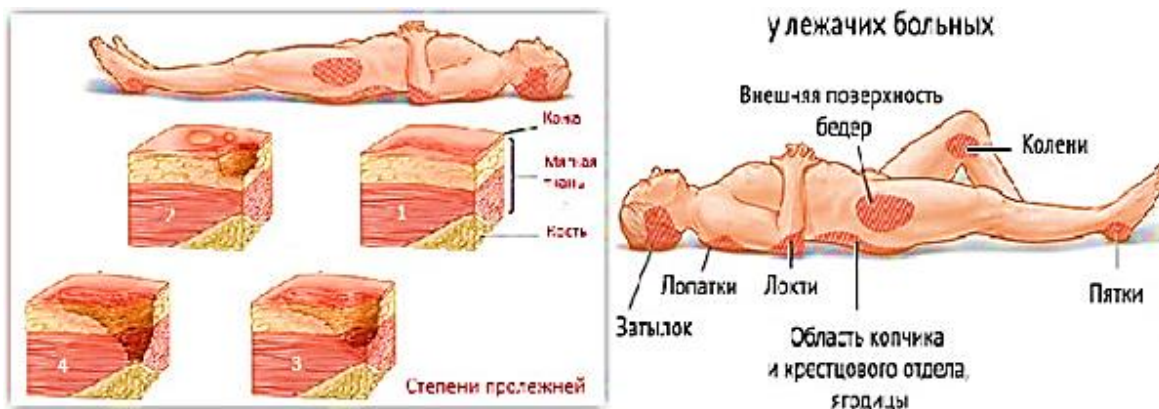
13. Начинать мытьё ноги, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх. Перейти к мытью ноги от колена вниз, к лодыжке. Вымыть стопу и межпальцевые промежутки. Ногу при мытьё приподнять и, чтобы не оставалось недоступных мест, необходимо поддерживать ее в области лодыжки.
14. Заменить салфетку. Вытереть насухо. Те же манипуляции повторить с другой ногой.

Окончание манипуляции. Надеть на пациента чистое нательное белье.

Придать пациенту удобное положение в постели. Накрывать пациента одеялом.

Поместить использованное белье в непромокаемый мешок. Губку, полотенце, клеёнку замочите в дезрастворе. Замочите перчатки в дезрастворе. Вымыть и осушить руки. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.

Пролежни



Пролежни (декубитальная гангрена) – некроз мягких тканей (кожи с подкожно-жировой клетчаткой, слизистой оболочки, стенки полого органа или кровеносного сосуда и др.) в результате ишемии, вызванной неправильным механическим давлением на них.

Ишемия (местное малокровие) – уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови.

Патогенез. Давление в области костных выступов, трение и срезающая (сдвигающая) сила приводят к пролежням. Длительное (более 1–2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней. Повреждение мягких тканей от трения возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов развития пролежней.

Выделяют три основных фактора, приводящих к образованию пролежней:

1. Давление (вследствие давления тела происходит сдавление тканей: кожи мышц между поверхностью, на которую они опираются и выступами костей).

2. «Срезающая сила». Разрушение и механическое разрушение тканей происходит не под действием прямого давления. Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек вниз, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной технике перемещения пациента персоналом или родственником.

3. Трение. Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи.

Есть и другие причины, приводящие к развитию пролежней:

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и/или кала и чрезмерная влажность;
- заболевание сосудов, приводящее к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациентов в постели;
- повышенная или пониженная температура тела;
- недостаточное белковое питание.

Места появления пролежней

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Чаще всего: в области ушной раковины, грудного отдела позвоночника (наиболее выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, сидалищного бугра, локтя, пяток. Реже: в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на: уменьшение давления на костные ткани; предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении («сползание» с подушек, положение «сидя» в кровати или на кресле); наблюдение за кожей над костными выступами; поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);

- обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- обучение близких.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная диагностика риска развития пролежней;
- комплексное своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в том числе по уходу.

Размещение пациента на функциональной кровати. Должны быть поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати.

Пациент, перемещаемый или перемещающийся в кресло, должен находиться на кровати с изменяющейся высотой, позволяющей ему самостоятельно, с помощью других подручных средств перемещаться из кровати.

Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрацы. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются поролоновые подушки, толщиной 10 см. Под стопы помещаются поролоновые прокладки, толщиной не менее 3 см.

Постельное белье – хлопчатобумажное. Одежда – легкое.

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.

4. Практическая часть

Отработка на манекене практических навыков: уход за полостью рта, уход за глазами, ушами закапывание капель в глаза, в ухо, взятие мазка из носа, удаление корочек из носа.

5. Вопросы для собеседования

1. Уход за глазами (первый туалет новорожденного, утренний туалет глаз, промывание глаз, закапывание капель в глаза).

2. Уход за ушами (промывание слухового прохода, закапывание капель в ухо).

3. Удаление корочек из носа. Взятие мазка из носа.

4. Уход за волосами, телом.

6. Тестовые задания

Вариант 1

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 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

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

Вариант 2

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 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

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

7. Ответы на тесты

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