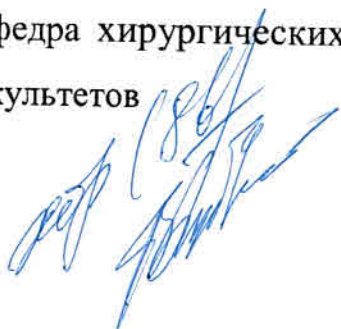


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Волгоградский государственный медицинский  
университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации


Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов



Научно – исследовательская работа на тему:

Личная гигиена- залог здоровья.

Выполнила: студентка 8 группы, 1 курса,  
педиатрического факультета Бурлакова В.Д.

Проверил: 

Волгоград, 2018

## Содержание

Введение.....	3
ГЛАВА 1. Личная гигиена медицинского работника .....	4
ГЛАВА 2. Личная гигиена больных.....	6
2.1. Постельное и нательное белье больного.....	6
2.2. Уход за кожей.....	8
2.3. Уход за волосами и ногтями.....	9
2.4. Уход за полостью рта.....	10
2.5. Уход за носом, ушами.....	12
2.6. Уход за глазами.....	13
2.7. Пролежни, их предупреждение и лечение.....	14
2.8. Подмывание пациента.....	16
Заключение.....	17
Список используемых источников и литературы.....	18

## Введение

Одним из важнейших условий сохранения здоровья является соблюдение правил личной гигиены. Еще большее значение приобретает личная гигиена для больных, ослабленных людей. Соблюдение личной гигиены пациентами способствует их быстрейшему выздоровлению и предупреждает развитие многих осложнений.

Медицинский персонал должен строго соблюдать правила личной гигиены, ведь личная гигиена медицинского персонала это то, чем ни в коем случае нельзя пренебрегать. Опрятный и культурный внешний вид, безукоризненное выполнение правил личной гигиены медицинским персоналом являются необходимыми условиями, как для самого работника, так и для всех обслуживаемых им больных. И по этой причине каждый медицинский работник обязан являться самым настоящим живым образцом высочайшей санитарной культуры. Медицинский персонал должен являться образцом для больных в деле соблюдения правил личной гигиены, что имеет большое значение для профилактики внутрибольничных инфекций, как среди персонала, так и среди пациентов.

## ГЛАВА 1. Личная гигиена медицинского работника

В хирургическом отделении любого профиля имеет большое значение имеет профилактика и борьба с хирургической инфекцией. Одним из источников хирургической инфекции является медицинский персонал, поэтому гигиена медицинского персонала является важным моментом в профилактике.

Персонал отделения должен тщательно следить за собой и не быть источником инфекции. Важны даже небольшие абсцессы, экзема, кариозные зубы. Заведующий обязан не реже одного раза в квартал организовывать обследование обслуживающего персонала отделения на предмет выявления носителей патогенного стафилококка и их санацию. После проведенной санации проверка повторяется, и работник имеет право выполнять свои обязанности только в случае отрицательного ответа.

При выявлении внутрибольничных инфекций у пациентов проводится внеочередное обследование всего персонала отделения, бактериологическое обследование на носительство.

Необходимо обратить внимание на внешний вид медицинского работника. Количество украшений, косметики должно быть минимальным.

В хирургическом отделении обязательно использовать спецодежду. Все работники без исключения должны иметь сменную обувь, халаты, специальные костюмы из легкой ткани, медицинские колпачки (не обязательно белые), которые должны быть приспособлены для повторной стирки. Лучше всего это организация санпропусков, когда сотрудники приходят на работу, принимают гигиенический душ и надевают спецодежду. Выход за пределы стационара (а в ряде случаев и отделения) в спецодежде запрещен.

Медицинская сестра и врач во время проведения перевязок пациентам с нагноительными процессами должны надеть клеенчатый фартук, который протирается после каждой перевязки дезинфицирующим раствором,

меняются перчатки . Для обеззараживания рук можно использовать этиловый спирт , хлоргексидина биглюконат и др.

Все лица участвующие в оперативном вмешательстве перед операцией принимают гигиенический душ , надевают операционное белье (хирургический костюм , тапочки , халат). Перед входом в операционный зал халат снимают. Надевают маску, бахилы, фартук, производят обработку рук. Непосредственно в операционной надевают стерильный халат, перчатки. Категорически запрещается появление в операционной без маски, с распущенными волосами , в уличной обуви. Покидать пределы операционного блока в спецодежде нельзя.

## ГЛАВА 2. Личная гигиена больных

### 2.1. Постельное и нательное белье больного

Смена постельного и нижнего белья пациента обязательна не реже одного раза в неделю после гигиенической ванны и дополнительно по мере необходимости. В зависимости от состояния больного существуют различные способы смены постельного белья.

Пациентов, которым разрешено сидеть, пересаживают с кровати на стул и производят смену постельного белья. Обращают внимание на то, чтобы на кровати не было складок и швов, края простыней были заправлены под матрас. Тяжелобольных, с обильными выделениями из раны и т.д. под простыню необходимо уложить клеенку. Смена постельного белья у лежачих больных обычно осуществляется двумя людьми, используя продольный или поперечный методы.

Продольный метод (применяется в тех случаях, когда пациенту разрешено поворачиваться). Больного перемещают к краю кровати. Сворачивают грязную простыню по длине в валик, выпрямив на его месте чистый. Перекладывают или поворачивают пациента на другую сторону кровати. Убирают грязную и расправляют чистую простыни.

Поперечный метод (применяется в тех случаях, когда пациенту запрещены активные движения в постели). Поднимают голову пациента и верхнюю часть туловища. Убирают подушку. Грязную простыню складывают в виде валика, а на ее месте укладывают и расправляют к середине кровати чистую, кладут подушку, опускают голову. Поднимают таз пациента, перекачивают грязную простыню, кладут чистую на ее место. Опускают таз пациента. Поднимают ноги – полностью убирают грязную и заменяют ее на чистую простыню.

Смена белья осуществляется не реже одного раза в 7-10 дней и дополнительно по мере загрязнения. Смена одежды у тяжелобольного производится следующим образом. Скатывают грязную рубашку до пояса, аккуратно сдвигают ее к затылку. Поднимают обе руки пациента. Отпускают

голову, а затем руки пациента. Если рука повреждена, рубашку сначала снимают со здоровой, затем с больной руки. При смене одежды обязательно осмотрите кожу на наличие пролежней и других особенностей. Одевают пациента в обратном порядке.

## 2.2. Уход за кожей

Наличие инфекционных очагов в области предполагаемого разреза служит противопоказанием для плановых оперативных вмешательств, а при экстренных вмешательствах значительно ухудшает прогноз. Часто, особенно у пациентов пожилого возраста, в кожных складках, подмышечных впадинах и на промежности отмечаются дерматиты, вызванные грибковой флорой. В предоперационном периоде все эти процессы следует лечить путем ежедневного проведения гигиенических ванн, протирания пораженных складок кожи спиртом, присыпки порошками, содержащими мелко измельченный нистатин или леворин. Для профилактики пролежней у тяжелобольных необходимо менять положение тела каждые 4 часа, чтобы одни и те же части тела не подвергались длительной компрессии.



### 2.3. Уход за волосами и ногтями

Ногти срезать маленькими ножницами, обработать спиртом или 0,5% раствором хлорамина.

Большинство пациентов ежедневно самостоятельно ухаживают за своими волосами, расчесывая их обязательно индивидуальной щеткой. Использование щеток и гребней, принадлежащих другим пациентам, строго запрещено. Во время ванны все больные моют головы.

Уход за волосами тяжелобольных пациентов обеспечивает медицинский персонал. Осуществляют ежедневное расчесывание волос густым гребнем. Во время расчесывания желательно сделать легкий массаж кожи головы. По просьбе пациента медсестра коротко стрижет ему волосы. Пациенту в тяжелом состоянии моют голову прямо в постели раз в неделю. Для этого запрокидывают голову больного, под шейно-затылочную область подкладывают клеенку и моют волосы над тазиком, установленным у головного конца кровати. Сначала смачивают волосы водой, затем раствором шампуня, затем смывают мыльную пену, при этом осуществляя нежный массаж кожи головы. Волосы протирают полотенцем или высушивают феном. Следует помнить о необходимости регулярных осмотров волос на педикулез.

#### 2.4. Уход за полостью рта

Уход за полостью рта у пациентов, которые не в состоянии ежедневно чистить зубы и полоскать рот, необходимо проводить регулярную санацию полости рта. Пациенту придают удобное положение полусидя или поворачивают набок; на грудь кладут клеенку и покрывают пленкой; на колени ставят лоток. Салфеткой, зажатой в корнцанге и обильно смоченной одним из растворов, движениями слева направо и сверху вниз обрабатывают зубы. Шпателем отодвигают корень языка вниз, обрабатывают глотку и язык. Если пациент находится в сознании, ему предлагают выплюнуть раствор в лоток, дать воду для полоскания рта и повторить процедуру. Если пациент находится без сознания - осушают рот и глотку салфеткой. Во всех случаях смазывают губы, язык и глотку маслом (растительным, облепиховым, шиповником и др.). Если пациент не может выдвинуть язык – салфеткой берут за его кончик, вытягивают и проводят процедуру в полном объеме.

После каждого кормления пациента ватным шариком, зажатым пинцетом или концаргом, смоченным в слабом растворе перманганата калия, борной кислоты, соды или кипяченой водой, удаляют остатки пищи со слизистой оболочки рта, зубов. Марлевым тампоном протирают язык, зубы, после чего пациент прополаскивает рот. Также можно мыть ротовую полость в сидячем положении шприцем без иглы, резиновым баллоном. Съемные зубные протезы снимают на ночь, промывают мылом и хранят в стакане воды. Для полоскания полости рта используют растворы соды (бикарбонат натрия), борной кислоты, перекиси водорода (раствор не более 3%), перманганата калия (1:1000) и минеральную воду. Температура жидкостей, используемых для полоскания, должна быть 20-40С, пациенту дают специальную посуду для плевков. Слизистую оболочку полости рта и язык протирают кусочком марли, смоченным в 1% растворе буры с добавлением глицерина или настоем ромашки. Кроме промывания могут применяться аппликации и орошения. Аппликация - накладывание стерильных марлевых

салфеток на 3-5 минут, смоченных дезинфицирующим раствором (2% раствор хлорамина или 0,1% раствор фурацилина). Эту процедуру повторяют несколько раз в день. Орошение осуществляется с помощью кружки Эсмарха или шприца Жане. В полусидячем положении грудь пациента покрывается клеенкой, в руки пациента выдают лоток, который он держит возле подбородка, для отекания промывной жидкости. Отодвигая шпателем или ручкой ложки поочередно левую, потом правую щеку, ухаживающий вводит наконечник и орошает полость рта. Кружка Эсмарха должна находиться на расстоянии 1 метра выше головы пациента.

## 2.5. Уход за носом, ушами

Каждый день во время утреннего туалета пациенты моют уши самостоятельно, и ухаживающий периодически выполняет эту работу в тяжелом состоянии пациента. Необходимо промыть ушную раковину и околоушное пространство слабым мыльным раствором или водой и вытереть насухо. Вокруг уха кладется салфетка. В слуховое отверстие закапывают 5-6 капель перекиси водорода. При появлении пены удаляют ее тампоном. Процедуру повторяют 2-3 раза. Ватой, накрученной на пинцет или зонд, осушают ушной проход. Голова пациента наклонена здоровой стороной, левой рукой оттягивается мочка уха, а правой - пипеткой вводятся в слуховой проход 2-3 капли спиртового антисептического раствора, рыхло закрывают наружный слуховой проход ватой, который через 40-60 мин удаляют. Если необходимо наложить компресс: отрезают края салфетки и компрессной бумаги, придавая им полукруглую форму. В ухо, закапывают 5-6 капель спирта антисептическим раствором, закрывают наружный слуховой проход ватой (турунды в ухо можно установить только ЛОР-врач). Салфетки, смоченные одним из спиртовых антисептиков, с концентрацией спирта не более 70%, накладывают на заушную и лицевую область вокруг уха и укрывают компрессной бумагой. На ухо накладывают сухую марлевую салфетку, охватывают весь компресс с сухим ватно-марлевым тампоном и укрепляют мягкой бинтовой повязкой или сетчатым бинт. Компресс накладывают не более чем на 6-8 часов.

Если пациент слаб и не может самостоятельно освободить носовые ходы, ухаживающий должен ежедневно удалять корки. Для этого носовые ходы вращательными движениями осторожно вводят турунду, смоченную в вазелиновом масле, глицерине или любом масляном растворе и оставляют на 2-3 минуты, после чего вращательными движениями удаляют, сняв их с содержимым носа. Пациенту предлагают высморкаться в салфетку. При заложенности носа можно предварительно закапать 2-3 капли адреналина или другого сосудосуживающего средства.

## 2.6. Уход за глазами

При выделениях из глаз, склеивающих ресницы, выполняют их промывание. Начальная процедура - протирание орбитальной области глаз стерильными ватными или марлевыми тампонами, смоченными раствором марганцовки или теплым 2% раствором борной кислоты. От уголков глаз, кнаружи 5-6 раз протирают кожу век, осушают салфеткой; при скоплении фибрина на веках, повторяют протирание сверху вниз и вновь осушают салфеткой. При заболеваниях глаз некоторым больным выполняют закапывание капель и закладывание глазных мазей. Пипетку для закапывания перед употреблением кипятят.

Техника закапывания: левой рукой слегка оттягивают нижнее веко и, предложив пациенту посмотреть в противоположную сторону, медленно вводят одну каплю ближе к носу: через короткое время - вторую, и просят пациента закрыть глаза. Стерильные глазные мази наносят на веки специальной стерильной стеклянной лопаточкой. Веко пациента оттягивают вниз, за него закладывают мазь и нежно пальцами через веко растирают ее по слизистой. У пациентов, находящихся без сознания, для предупреждения высыхания склеры веки смазывают вазелиновым маслом или глицерином, сверху накладывают салфетку, смоченную раствором фурацилина или глицерином.

## 2.7. Пролежни, их предупреждение и лечение.

С целью профилактики пролежней необходимо:

исключить присутствие на кровати крошек, складок, длительный контакт кожи с мокрым бельем;

постельное белье должно быть без рубцов, заплаток, пуговиц; область спины, крестца 1-2 раза в день следует протирать камфорным или салициловым спиртом;

нужно поставить под костные выступы резиновые круги, обернутые негрубой тканью, ватно-марлевые и поролоновые подушки, валики и т. д. При длительном пребывании пациента в кресле-каталке или инвалидной коляске поролоновые или другие прокладки, помещаются под ягодицы, спину и ноги пациента. Лучше всего использовать функциональные кровати и специальные поролоновые или противопролежневые матрасы, заполненные водой, воздухом или гелием;

несколько раз в день (желательно каждые 2 часа) необходимо поворачивать пациента, менять положение тела (с одного, с другого бока, положение Фаулера с упором для ног и т. д.); нельзя двигать пациента при перемене положения тела- только приподнимать, перекачивать и т.д.

при повороте пациента, места возможного образования пролежней нетравматично массируют, при мытье кожи исключают трение кусковым мылом, используют только жидкое мыло; если кожа сухая, то мажут защитными кремами или мазями (например, мазь «пантенол»), чрезмерно влажную кожу - протирают мягкой салфеткой и обрабатывают с помощью препаратов, как «Бепантен», «Ваза – пена»;

при недержании мочи и кала используют эффективные моче- и калоприемники, впитывающие прокладки, простыни, памперсы и т. д.;

научить родственников ухаживать за пациентом, научить пациента технике изменения положения тела, в том числе с использованием технического оборудования и специальных вспомогательных средств.

При первых признаках пролежней: 1-2 раза в день смазывать место покраснения камфорным спиртом, разрезанным пополам с лимоном, спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 5-10% раствором перманганата калия, проводить кварцевание.

При развитии пролежня - его обрабатывают 0,5% раствором перманганата калия. При присоединении инфекции рана обрабатывается антисептическими препаратами, в том числе и мазевыми; ферментами; веществами которые стимулируют репаративные процессы (солкосерил, ацербин, ируксол, аргосульфам, бепантен плюс и т. д.). Зарекомендовало себя использование раствора или геля цинка гиалуроната. Препарат, обладает обезболивающим, антибактериальным действием, стимулирует заживление, предотвращает присыхание повязки и травмирование грануляционной ткани. При выраженном некротическом компоненте показана хирургическая некрэктомия. При наличии обильных гнойных выделений и снижении репаративных процессов могут использоваться углеродные сорбционные повязки. При правильных мерах лечения пролежень заживает вторичным натяжением.

## 2.8. Подмывание пациента

Больных, не принимающих еженедельно гигиеническую ванну, а также страдающих недержанием мочи и кала, необходимо подмывать несколько раз в день. Для подмывания больного необходимы: теплая вода, дезинфицирующий раствор (слабый раствор перманганата калия, фурацилина, риванола и др.); кувшин для воды или кружка Эсмарха; зажим или корнцанг, стерильные ватные шарики; клеенка; покладное судно.

Предварительно готовят раствор с температурой 30-35С, пациент располагается на спине с согнутыми в коленях ногами, под ягодицы подкладывают широкую клеенку и судно.левой рукой ухаживающий держит кувшин, из которого поливает дезинфицирующим раствором область промежности. Держатель с зажатым ватным шариком правой рукой 1-2 раза проводят в направлении от половых органов к заднему проходу, затем ватные шарики выбрасывают. Процедуру повторяют 2-3 раза. Сухими ватными шариками протирают кожу в том же направлении. Паховые складки обрабатывают вазелиновым маслом или детской присыпкой. Опрелости смазывают вазелином или детским кремом.



## Заключение

Соблюдение правил личной гигиены, удобная кровать, чистая постель создают условия для скорейшего выздоровления пациентов и предотвращения различных осложнений. Большое значение имеет правильный уход за пациентами. Чем тяжелее состояние пациента, тем сложнее за ним ухаживать и тем тщательнее должен осуществляться этот уход. Поэтому медицинская сестра должна хорошо усвоить методику проведения всех манипуляций по уходу за больным и уметь четко их выполнять.

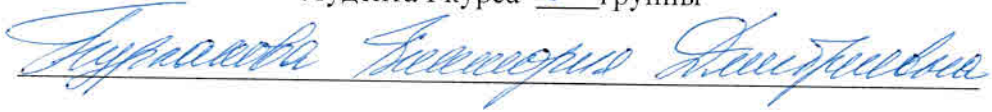
Соблюдение основных требований личной гигиены обеспечивает правильное физическое развитие организма и способствует ослаблению неблагоприятных воздействий внешней среды. Четкое выполнение этих правил обеспечивает сохранение здоровья и работоспособности, а также продления жизни человека.

## Список используемых источников и литературы

1. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными [Электронный ресурс]: руководство к практ. занятиям /Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В., и др.; под ред. Н.А. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Михин И.В. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие /Михин И.В., Косивцов О.А.; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – 96с.:ил.
3. Найман Е.Л. Уход за больными в хирургическом стационаре [Текст]: [учебное пособие]/Найман Е.Л., Андреев Д.А.-4-е специализированное издание, доп. и перераб.- Волгоград: [Городские вести], 2012. – 189, [1]с.: ил. . – Библиогр. : с. 190.
4. Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс]: / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И., 2013. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 2 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,  
доцент кафедры хирургических  
болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб