

Лавренко А.В., Борзих О.А.

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ.
ПРАКТИКА**

Полтава – 2018.

УДК 616-083:616.31(075.8)

Лавренко А. В. Догляд за хворими. Практика : навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів МОЗ України / А. В. Лавренко, О. А. Борзих. – Полтава : ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2018. – 204 с.

Рекомендовано вченою радою Української медичної стоматологічної академії, протокол № 4 від 26 грудня 2018 року.

В навчальному посібнику, на сучасному теоретичному і практичному рівнях, висвітлено основні аспекти догляду за хворими терапевтичного профілю та викладено методику виконання медичних маніпуляцій. Звертається увага на дотримання морально-деонтологічних принципів медичними фахівцями та принципів професійної субординації під час догляду за хворими. Розглянуто принципи організації режиму та догляду за хворими, навички виконання необхідних медичних маніпуляцій. До кожного розділу надаються тестові завдання та теоретичні питання для кращого засвоєння матеріалу. В додатку наведені стандарти виконання найбільш вживаних маніпуляцій та надання невідкладної медичної допомоги.

Навчальний посібник рекомендовано для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів МОЗ України.

Ілюстрацій - 51, таблиць - 4, бібліографія - 68 джерел.

Рецензенти:

Вірстюк Н.Г. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини стоматологічного факультету ім. професора М.М. Бережницького ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

Михайловська Н.С. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб Запорізького державного медичного університету.

Козаков Ю.М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава.

ISBN 978-617-7464-38-8

Зміст

Вступ	5
Розділ 1. Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю	6
1.1. Історичні віхи становлення медичної допомоги хворій людині.....	6
1.2. Історичні аспекти організації медичної допомоги в Україні	9
1.3. Визначення ролі й місця догляду за хворими у лікувально-діагностичному процесі	12
1.4. Професійні обов'язки медичного персоналу в поліклінічних та стаціонарних відділеннях лікарні.	14
1.5. Морально-етичні та деонтологічні заходи щодо формування медичного фахівця. Принципи фахової субординації	16
Розділ 2. Поняття про лікувально-охоронний, санітарний та лікарняний режими терапевтичного стаціонару	18
2.1. Функції та організація роботи приймального відділення (медична документація; визначення антропометричних даних; санітарно-гігієнічні процедури для пацієнта; транспортування хворих).	19
Розділ 3. Організація роботи терапевтичних відділень стаціонару.....	24
3.1. Організація гігієнічного догляду у стаціонарному відділенні	26
Розділ 4. Роль розпитування хворого в оцінці загального стану пацієнта (анамнез; історія хвороби	33
Розділ 5. Роль огляду хворого в оцінці загального стану пацієнта	38
Розділ 6. Температура тіла, правила її вимірювання та реєстрації. Догляд за хворими з гарячкою.....	45
6.1. Термометри та вимірювання температури тіла.	46
6.2. Оцінка результатів вимірювання температури тіла.	48
6.3. Гарячка. Догляд за хворими з гарячкою.	49
Розділ 7. Визначення основних показників гемодинаміки та дихання.....	53
7.1. Визначення та характеристики пульсу.	53
7.2. Визначення та характеристики артеріального тиску. Перша долікарська допомога при критичних змінах АТ.	56
7.3. Визначення та характеристики дихання. Перша долікарська допомога при захворюваннях органів дихання.	61
Розділ 8. Застосування основних видів лікарських засобів. Зовнішнє та внутрішнє застосування лікарських засобів.....	66

8.1. Зовнішнє застосування лікарських засобів.	67
8.2. Ентеральне застосування лікарських засобів.	68
8.3. Застосування лікарських засобів через органи дихання.	70
8.4. Застосування лікарських речовин через слизові оболонки.	71
8.5. Парентеральний метод введення лікарських засобів.	72
8.6. Порядок забезпечення ліками хворого.	73
Розділ 9. Застосування засобів фізичного впливу: зовнішнє застосування лікарських засобів та фізіотерапевтичних процедур.....	75
Розділ 10. Організація лікувального харчування хворих.	81
10.1. Техніка годування хворих. Види дієт.	85
Розділ 11. Загальний та спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими...	91
Розділ 12. Поняття про клінічну і біологічну смерть. Поняття про реанімацію.	90
Розділ 13. Методика виконання медичних маніпуляцій.....	93
13.1. Пешочергові заходи по оживленню організму.	93
13.2. Кровотеча та способи зупинення кровотечі.....	95
13.3. Способи іммобілізації та евакуації потерпілого при різних видах ушкоджень.	99
13.4. Види ін'єкцій та методи їх виконання.	110
13.5. Методика вимірювання артеріального тиску.....	111
13.6. Способи та техніка очищення кишечника.....	112
Розділ 14. Методика виконання заходів першої медичної допомоги при невідкладних станах за надзвичайних умов.	114
14.1. Перша допомога при отруєнні.....	120
14.2. Перша допомога при утопленні.....	122
14.3. Перша медична допомога при тепловому та/або сонячному ударі.	123
14.4. Перша медична допомога при електротравмі.....	124
Список скорочень.....	127
Додатки.....	128
Додаток 1. Алгоритми	128
Додаток 2. Контрольні питання	140
Додаток 3. Тестові завдання	152
Список використаної літератури	198

Вступ

Згідно сучасних вимог, діяльність вищої школи спрямована на підвищення якості освітнього процесу, забезпечення всебічної підготовки випускників медичного вищого навчального закладу до професійної діяльності лікаря. Сприяє цьому повноцінне інформаційне забезпечення навчального процесу.

Основні аспекти теоретичної та практичної підготовки з основ внутрішньої медицини для студентів стоматологічного факультету – це необхідність навчити майбутніх лікарів-стоматологів умінню розпізнавати за зовнішніми ознаками та даними анамнезу найбільш поширені внутрішні хвороби та ускладнення, які загрожують життю пацієнтів, а також знати тактику дій лікаря-стоматолога по відношенню до хворих зі соматичною патологією. У майбутній практичній діяльності лікарі-стоматологи повинні вміти оцінювати значення соматичної патології у виникненні та перебігу хвороб органів ротової порожнини та/або вплив патології органів ротової порожнини на розвиток соматичних захворювань.

Отже, вивчення основ внутрішньої медицини має першочергове значення для підготовки лікарів усіх спеціальностей. Безсумнівно, вмінням надати першу лікарську допомогу при травматичних ушкодженнях, кровотечі, клінічній смерті, шоці та інших невідкладних станах, виконувати ін'єкції та інші маніпуляції повинен володіти лікар будь-якої спеціальності.

У відповідності до нового навчального плану, проходження виробничої практики з догляду за хворими – як основи вивчення внутрішньої медицини, для студентів стоматологічних факультетів передбачено у III семестрі, коли студентом набуті відповідні знання з основних базових дисциплін. Навчальна ціль виробничої практики з догляду за хворими полягає у формуванні підґрунтя подальшого вивчення студентом клінічних дисциплін – пропедевтики внутрішньої медицини, медичної психології, внутрішньої медицини, інфекційних хвороб. В процесі навчання передбачена інтеграція з означеними дисциплінами, а також вміння застосовувати отримані знання з догляду за хворими в процесі подальшого навчання та у професійній діяльності.

Головною метою написання посібника вважаємо викладення інформації у формі, яка сприятиме кращому розумінню теоретичного матеріалу та поліпшить засвоєння практичних навичок та особливостей надання допомоги хворим терапевтичного профілю із захворюваннями внутрішніх органів, вміння надавати їм відповідну, як психологічну так і спеціалізовану медичну допомогу. Саме від адекватних, цілеспрямованих дій лікаря буде залежати успіх профілактичної та лікувальної роботи з означеною категорією пацієнтів.

Розділ 1. Основні принципи загального та спеціального догляду за хворими терапевтичного профілю

1.1. Історичні віхи становлення медичної допомоги хворій людині.

З давніх часів до нас дійшли археологічні свідчення про застосування заходів для збереження здоров'я в первісному суспільстві, поряд з наданням допомоги при пораненнях, нещасних випадках, пологах. Цією діяльністю здебільшого займалися жінки, їх обов'язком було забезпечення чистоти в приміщеннях; дотримання правил виконання гігієнічних ритуалів членами племені; надання медичної допомоги; збирання лікарської сировини (рослин, коріння, та т.і.). В подальшому, при урізноманітненні форм господарської діяльності, класового розшарування, поширенні релігій, гігієнічні ритуали поступово набувають вигляду та характеру священного дійства. Збереження та подальший розвиток означених ритуалів стає обов'язком старійшин роду, які започаткували касту жреців, що взяли на себе відповідальність за мистецтво зцілення від захворювань та тривалість життя.

Головний чинник збереження життя та здоров'я, як ефективної складової внутрішньої політики, набуває значущості при формуванні перших держав: настанови про гігієнічні та протиепідемічні правила; спроби регламентувати медичну допомогу. Запроваджується ізоляція хворих на епідемічні/ інфекційні захворювання, здійснення контролю за кваліфікацією лікаря та охорона прав лікаря та його лікувальної практики, встановлення відповідальності за позазаконне лікування, лікарські помилки.

У Месопотамії (XVIII ст. до н.е.) лікування було регламентовано фінансовою винагородою за успішне надання допомоги та покаранням за невдалий результат. Значну роль лікарській справі було надано в Стародавній Індії. Головні моральні принципи лікаря містилися в трактаті Аюрведа (Наука життя). За давньоіндійським вченням лікар був зобов'язаний володіти моральними та фізичними якостями, виказувати співчуття до хворої людини, мати внутрішній спокій, надихати хворого щодо впевненості у сприятливому перебігу хвороби. За настановами вчення Сушрути, лікар мав бути обізнаним у тонкощах терапевтичного мистецтва: він повинен бути гарним практикуючим лікарем та досконало знати теоретичну медицину.

В давні часи існував філософський підхід стосовно ролі, яку медицина відіграє в житті людини та суспільства. Основні положення цього підходу найшли відображення в постулаті: «Медицина не може врятувати від смерті,

але в змозі продовжити життя, зміцнити державу і народи своїми порадами». Це спонукало широке обговорення в колах лікарів з різним клінічним досвідом складних випадків діагностики та лікування.

В Стародавньому Китаї основні положення щодо організації медичної допомоги описані у трактаті Хуан ді Ней-дзіня «Про природу і життя». Головною відмінністю медичної справи китайських лікарів був психологічний підхід до пацієнта. Проводячи лікування, лікарі враховували індивідуальний характер пацієнта.

Медична допомога в Персії була подібною до давньокитайської – лікар був зобов'язаний, в першу чергу, враховувати особистість хворого, та відповідно до цього проводити діагностику та лікування. Перські лікарі відрізнялись увагою до пацієнта, що дозволяло їм помічати перші прояви хвороби і встановлювати діагноз захворювання ще на початкових стадіях. Іншою особливістю перського лікаря було вміння здійснювати вплив на психічний стан хворого своєю особистістю, своїми моральними якостями. В суспільстві лікаря сприймали як напівбога, була священна віра в його мистецтво, що сприяло швидшому одужанню пацієнта. В Персії лікарів ділили на категорії: «цілителі святістю», «цілителі знанням», «цілителі ножем».

Медична допомога в Стародавній Греції поділяється на 2 періоди: до запровадження вчення Гіппокра та в період існування та врядування Гіппократа. Законами Лікурга (IX-VIII ст. до н.е.) була встановлена система гігієнічного та фізичного виховання. В той час було запроваджено контроль за шлюбами та новонародженими. Здорові новонароджені були призначені для подальшого суспільного виховання, хворі та кволі – підлягали знищенню. Система суспільного виховання була підпорядкована спеціальним чиновникам – ефорам. Головними принципами догіппократівського періоду медицини були: вельми поважне відношення до особистості лікаря в суспільстві; персонізоване відношення лікаря до пацієнтів. Гіппократ узагальнив досвід медичної практики у своїх працях «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку», «Про мистецтво», «Афоризми». Він виклав основні принципи медичної допомоги: рекомендації щодо норм поведінки лікаря; однакові права на отримання медичної допомоги; впровадження розуміння та підтримання поняття щодо лікарської таємниці; особливості регламентації взаємовідносин між лікарями. Гіппократ рекомендував спрямовувати зусилля на лікування хворого не тільки лікарю, а й членам родини та всім оточуючим. Він вважав, що саме ці обставини сприятимуть

одужанню хворого. За умкою Гіппократа, взаємовідносини лікарів в першу чергу мають бути спрямовані на підтримання інтересів пацієнта. У випадку, коли лікар відчуває труднощі у встановленні діагнозу, він має порадитися з колегами. Гіппократ наголошував: «Немає нічого соромного, якщо лікар має труднощі у якомусь випадку і з причин своєї недосвідченості, просить запросити інших лікарів, з якими спільно зміг би вияснити стан хворого і які посприяли б йому...».

Головні постулати медичної етики, які викладені в «Клятві Гіппократа», та зберігають актуальність і сьогодні, це:

- «Non posere» («Не нашкодь!»). Лікування, дії, поради лікаря повинні бути спрямовані на користь хворого;
- людське життя є безумовна цінність;
- лікар має поважати особисте життя пацієнтів, повинен утримуватися від аморальних вчинків;
- лікар зобов'язаний зберігати лікарську таємницю, поважати свою професію.

Гіппократ був першим лікарем, роботи якого збереглися і не втратили своєї актуальності до тепер. Лікарі та нащадки визнають Гіппократа «батьком медицини». До сьогодні збережена традиція – лікарі, що закінчили навчання, приймають «Клятву Гіппократа», в якій наведені основні етичні правила поведінки лікаря.

Перехід до державної системи підготовки медичних працівників та керівництва діяльністю лікарів було започатковано у Стародавньому Римі. У великих містах призначалися посади головних лікарів – архіатів, які надавали медичну допомогу забезпеченим громадянам. Надання медичної допомоги іншому населенню здійснювали народні лікарі. Додатково були призначені лікарі, які надавали допомогу при проведенні видовищ: у театрі, цирку, на гладіаторських боях. Клавдій Гален в юні роки був призначений лікарем гладіаторів. Найбільш вагомим досягненням римської системи охорони здоров'я є спорудження шпиталів. Згодом, у зв'язку із загрозою епідемій, започаткували організацію медичної допомоги для малозабезпечених верств населення.

У 2-гому тисячолітті (починаючи з XII ст.), з появою великих міст, керування процесом та організацію надання медичної допомоги беруть на себе органи міського самоврядування. Найбільш характерною рисою медицини Середніх віків було утворення чернечих орденів

(францисканський, бенедиктинський, домініканський), що надавали можливість для лікування хворих у монастирях. У зв'язку з тим, що до XVI ст. не було централізованої державної влади, основні функції забезпечення медичної допомоги здійснювалися феодалами та органами міського самоврядування. В цей період започатковується придворна медицина при королях, Папі, князях. Серед заможних членів суспільства поширюється система домашніх лікарів, які наглядали за їжею, займалися благоустроєм помешкань, профілактикою захворювань та, у разі необхідності, лікуванням. Для бідних хворих будують притулки в великих містах, загальгі лікарні для всіх громадян.

Для підготовки лікарів створюються медичні заклади. Центрами медичної освіти в Західній Європі були університети, відкриті у VIII ст. – в Салерно, у XII-XIII ст. – у Болон'ї (1158 р.), Парижі (1125 р.), Падуї, Оксфорді, у XIV ст. – у Празі (1348 р.), Відні, Кракові (1364 р.). На початку існування навчальні заклади були приватними, але згодом вони цілком потрапили в залежність від церкви, яка повністю контролювала діяльність університетів.

Реформування організації медичної допомоги вперше було розпочато у Франції у 1822 році. Владою була створена вища санітарна рада, яка здійснювала управління медичною галуззю і працювала під керівництвом міністерства внутрішніх справ. Очолював такий відділ чиновник, який, зачасти, не мав медичної освіти. Управління процесом надання медичної допомоги в провінційних регіонах підпадало до справ інституцій внутрішнього керівництва та було представлене радою, яка складалася з лікарів, що перебували на державній службі. До основних обов'язків державного управління входило: організація заходів контролю за санітарним впорядкуванням територій, протиепідемічні заходи, проведення робіт щодо санітарного благоустрою, але не торкалося питань надання медичної допомоги. Всі системи організації медичної допомоги, що згодом створювалися в країнах Європи, відтворювали структуру французької.

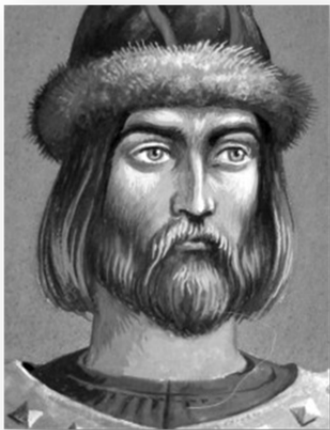
Практично у всіх європейських країнах, у XIX ст., з розвитком виробництва, запровадили санітарне законодавство. Однак створена система охорони здоров'я була недосконалою.

1.2. Історичні аспекти організації медичної допомоги в Україні.

Народності, що проживали на території України в давні роки, володіли неабиякими медичними знаннями. Лікарі скіфів володіли навичками

видалення зубів, деякими необхідними базовими хірургічними маніпуляціями. У Київській Русі була складена система навчання та організації роботи лікарів (лічців). Надання медичної допомоги забезпечували світські лікарі, які служили при дворах київських князів; лікарі-священики, які допомагали пацієнтам у притулках при монастирях і церквах; цілителі (знахарі, волхви, ведуни).

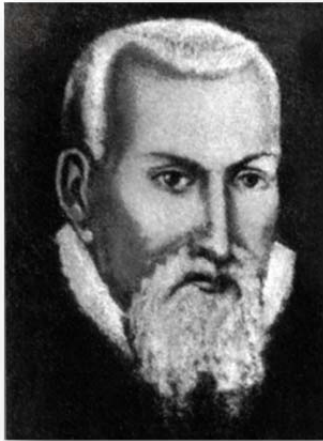
На протязі X ст., в Київській Русі було закладено монастирі де проводилось лікування пацієнтів, піклування вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Києво-Печерський монастир відігравав особливо важливу роль в запровадженні медичної допомоги та користувався широкою популярністю в лікувальній справі. Збірка законів «Руська правда» **Ярослава Мудрого** (мал. 1.1) відображала та закріплювала вплив церкви щодо надання медичної допомоги в ті часи. Забезпечення заходів громадського піклування, безкоштовна медична допомога, будівництва лікарень було доручено проводити церквам.



Яростав Мудрий (983/987 рр. – 17/20 лютого 1054 р.) (мал. 1.1).

У Львові та на Галичині на протязі XIII-XIV ст. наданням лікувальної допомоги займалися здебільшого в монастирях, а також практикували «доморослі» лікарі, лікувальні підходи яких формувалися на підґрунті народних традицій.

В плеяді українських лікарів, які успішно займалися і медичною практикою і науковою діяльністю, відзначається перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (мал. 1.2).



Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450-1494 рр.) (мал. 1.2).

Відкриття перших вищих медичних навчальних закладів відбулося в XVI-XVII ст. – в Острозі (1578 р.), Замойській академії (1593 р.), медичний факультет Львівського університету (1661 р.).

Розвитку організації та покращення надання медичної допомоги зробив митрополит Петро Могила (мал. 1.3). Він був засновником Києво-Могилянської академії у 1633 році, відомим діячем православної церкви та освіти.



Петро Могила (1596-1647 рр.) (мал. 1.3).

В період XX-XXI ст. в Україні було впроваджено державне фінансування охорони здоров'я. Основні напрямки роботи були спрямовані на організацію охорони здоров'я: планування та управління, заходи по

зменшенню часу непрацездатності. Краєугольним каменем медичної допомоги була диспансеризація. За часи незалежності України проведено часткове реформування галузі, яке триває і зараз. Фінансування галузі здійснюється здебільшого з державного бюджету, але активно впроваджуються засади приватної медицини. Розвиток організації охорони здоров'я України, в першу чергу, спрямований на профілактику захворювань та запровадження здорового способу життя, формування нової конструктивної системи керівництва галуззю, створення умов для розвитку приватного сектора, впровадження сімейної медицини, організації адекватного медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення; реформування вищої медичної освіти.

1.3. Визначення ролі й місця догляду за хворими у лікувально-діагностичному процесі.

Догляд за хворими є основою системи надання хворій людині медичної допомоги і визначається як заходи, що забезпечують полегшення стану пацієнта та успішне лікування, а саме: створення необхідних гігієнічних умов, полегшення симптомів та страждань, запобігання можливим ускладненням, виконання лікарських призначень. Успішне лікування хворого повною мірою залежить від професійного догляду за ним, адже самопочуття та психічний стан відіграють важливу роль в результативності проведення лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів щодо покращення здоров'я пацієнта.

Організація догляду за хворими передбачає участь середнього та молодшого медичного персоналу, який повинен бути ознайомлений із методами догляду та володіє основними принципами медичної деонтології. Головну відповідальність за надання заходів догляду за хворими несе лікар та завідувач відділення.

Догляд за хворими поділяють на дві категорії, загальний та спеціальний.

Загальний догляд здійснюється по відношенню до будь-якого хворого незалежно від виду і характеру його захворювання, віку, статі.

Серед основних загальних заходів догляду є:

- 1) гігієнічне утримання приміщення, ліжка та меблів, самого хворого, його одягу, посуду, предметів туалету;
- 2) чітке виконання всіх призначень лікаря;

- 3) спостереження за перебігом хвороби, станом хворого та інформування лікаря про зміни в його стані;
- 4) годування хворого.

Загальний догляд за хворими передбачає:

1. Забезпечення гігієнічного оточення хворого та його обслуговування:

- дотримання санітарно-гігієнічного та лікувально-охоронного режиму;
- дотримання особистої гігієни тяжкохворих;
- надання допомоги під час їжі, різних фізіологічних відправлень;
- полегшення страждань хворого, заспокоювання, підбадьорювання, підтримки віри в одужання.

2. Спостерігання за хворими і проведення профілактичних заходів:

- спостерігання за функціями усіх органів та систем організму;
- надання першої медичної допомоги (допомога під час блювання, запаморочення; штучне дихання, непрямий масаж серця);
- профілактика ускладнень, які виникають у разі незадовільного догляду за тяжкохворими (пролежнів, гіпостатичної пневмонії).

3. Виконання лікарських призначень:

- проведення лікувальних процедур та маніпуляцій (застосування банок, накладання гірчичників, ін'єкції тощо);
- проведення діагностичних маніпуляцій (збирання сечі, калу, дуоденального та шлункового вмісту).

4. Ведення медичної документації.

Спеціальний догляд – це комплекс дій, який спрямований на забезпечення маніпуляцій, що обумовлені специфікою захворювання або травми та лікуванням хвороби. Спеціальний догляд забезпечує заходи, які застосовують лише до хворих із специфічними захворюваннями (хірургічні, інфекційні, урологічні, гінекологічні, психічні).

Провідна роль в проведенні заходів догляду за хворими відділення стаціонару надана середньому та молодшому медичному персоналу. Обсяг роботи персоналу регламентується функціональними обов'язками.

1.4. Професійні обов'язки медичного персоналу в поліклінічних та стаціонарних відділеннях лікарні.

Медичний працівник зобов'язаний знати:

1. Анатомію і фізіологію людини.
2. Механізми розвитку патологічного процесу в організмі, його перебіг, можливі ускладнення.
3. Дію лікувальних процедур (клізм, ванн, п'явок та ін.).
4. Особливості особистої гігієни тяжкохворих.

Медичний працівник зобов'язаний вміти:

1. Визначити показники стану хворого (пульс, артеріальний тиск, частота дихання).
2. Визначити ознаки захворювання (задишка, набряки, раптова блідість, порушення дихання, порушення серцевої діяльності).
3. Виконувати гігієнічні процедури.
4. Надати хворому невідкладну медичну допомогу за необхідності.
5. Виконувати медичні маніпуляції (переміна натільної та постільної білизни, подача судна, виконання ін'єкцій).

Обов'язки лікаря щодо догляду за хворими:

1. Контролювати правильне і своєчасне виконання середнім і молодшим медичним персоналом призначених лікувальних, діагностичних процедур, ведення медичної документації.
2. Призначати та контролювати заходи догляду за хворими: а) вид санітарної обробки; б) вид транспортування; в) вид палати; г) положення хворого в ліжку, використання функціонального ліжка; г) дієта.
3. Призначати та контролювати лікувальні заходи, які виконує медична сестра.
4. Призначити та окреслити обсяг діагностичних маніпуляцій, які має виконувати медична сестра (дуоденальне зондування, збір аналізів та ін.).

5. Регулярно проводити поглиблення та контроль знань середнього та молодшого медичного персоналу з метою визначення та підвищення рівня кваліфікації, проведення санітарно-просвітницької роботи для пацієнтів та членів їх семей, навчання їх основним правилам догляду за хворими.

Обов'язки медичної сестри в процесі догляду за хворими:

1. Організація та проведення процедур госпіталізації хворих, перевірка проведення санітарної обробки, ознайомлення пацієнта з правилами внутрішнього розпорядку.
2. Виконання призначень лікаря (відмічати виконання в листках призначення).
3. Годування хворих до виконання діагностичних досліджень.
4. Збирання матеріалу для лабораторних досліджень, відправка матеріалу до лабораторії.
5. Спостереження за транспортуванням хворих для обстеження у діагностичні кабінети.
6. Контроль виконання заходів санітарно-гігієнічного режиму та підтримки особистої гігієни тяжкохворих.
7. Забезпечення харчування хворих.
8. Термометрія та реєстрація показників температури в температурних листках.
9. Участь в проведенні обходу лікаря, інформування лікаря про зміни стану хворих за добу та одержання нових призначень.
10. Проведення визначення основних вітальних функцій: визначення артеріального тиску, пульсу, частоти дихання, добового діурезу.
11. Оцінювати важкість стану хворого та надання невідкладної допомоги, а за необхідності викликати лікаря.
12. Ведення медичної документації, а саме: листи призначень, температурний лист, зошит чергування, зошит лікарських призначень порційних/дієтичних вимог.
13. Контроль роботи молодшого медичного персоналу.

В процесі виконання професійних обов'язків медичній сестрі не личить зловживати косметичними засобами. Перед кожною процедурою вона повинна ретельно вимити руки з милом. Професійний одяг медичної сестри –

білий халат, шапочка, змінне взуття. Медична сестра повинна мати додатковий халат, який вона використовує при роздачі їжі хворим. При відвідуванні санітарного вузла або при виході за межі лікарні сестра повинна знімати професійний одяг. Ігнорування цієї вимоги може спричинити розповсюдження внутрішньо-лікарняної інфекції.

Обов'язки молодшого медичного персоналу:

1. Щоденне прибирання всіх приміщень відділення.
2. Переміна білизни хворих, за допомогою медичної сестри за необхідності.
3. Подавання судна, сечоприймачу.
4. Вмивання, купання, догляд за шкірою та нігтями, волоссям тяжкохворих.
5. Транспортування тяжкохворих.
7. Доставка біологічного матеріалу у лабораторію.

Молодша медична сестра не має права роздавати їжу, годувати тяжкохворих, мити посуд.

1.5. Морально-етичні та деонтологічні заходи щодо формування медичного фахівця. Принципи фахової субординації.

Догляд за хворим в першу чергу вимагає високоморального та милосердного ставлення до пацієнта. Процедури догляду за хворим повинні бути професійними та враховувати правила медичної етики та деонтології. Адже медична наука і практика має тісний зв'язок з долею людини, її здоров'ям та життям.

Етика лікаря є частиною загальної етики, це наука про моральні принципи та поведінку лікаря під час його діяльності. Вона включає сукупність норм поведінки та мораль, визначення відчуття професійного обов'язку, честі, совісті й професійної гідності лікаря.

Конкретні моральні принципи, які мають значення для визначення етичних принципів медичного працівника відображають своє практичне вираження у ставленні медичного працівника до пацієнта під час спілкування як з пацієнтом так і з його родиною.

Моральний комплекс медичного працівника позначають терміном «деонтологія» (від грецького слова “deon” – обов'язок і “logos” – навчання). Тож **деонтологія** – це вчення про обов'язок медичного працівника під час

надання медичної допомоги та сукупність етичних норм, необхідних для виконання своїх професійних обов'язків.

Принципи фахової субординації. Основою взаємин медичного персоналу є фахова субординації, яка будується на принципі: лікар – медична сестра – молодший медичний персонал. Стосунки лікаря, медичної сестри і молодшого медичного персоналу побудовані на діловій основі, взаєморозумінні та повазі.

Взаємини лікаря і медичної сестри. Палатний лікар співпрацює у тісному контакті з медичною сестрою, вона безпосередньо виконує його призначення. Медична сестра проводить багато часу біля ліжка хворого, саме вона першою помічає зміни стану хворого (погіршення апетиту, поява алергійних реакції тощо) та надає цю інформацію лікареві. При виникненні запитань під час виконання призначень лікаря, медична сестра повинна звернутися до лікаря за роз'ясненнями та уточненнями. При виникненні помилки під час виконання процедур медична сестра має негайно сповістити про це лікаря.

Взаємини медичної сестри і молодшого медичного персоналу. Молодший медичний персонал підпорядковується палатній медичній сестрі. Розпорядження медичної сестри мають бути чіткими, несуперечливими, послідовними.

Спільні дії медичної сестри і молодшої медичної сестри:

- переміна постільної та натільної білизни;
- купання;
- транспортування хворого.

Якщо молодша медсестра зайнята, медсестра може подати хворому судно, сечоприймач.

Взаємини медичного персоналу з хворими. Медичний працівник має не лише відповідально виконувати свої обов'язки стосовно хворого, але й турбуватися про його фізичний стан та психічне здоров'я, зберігати лікарську таємницю. Під час спілкування з хворим він має розмовляти тактовно, заспокоїливо, зберігати у хворого надію на одужання і повернення працездатності. Тобто до хворого треба ставитися так, як ти хотів би, щоб ставилися до тебе.

Розділ 2. Поняття про лікувально-охоронний, санітарний режим терапевтичного стаціонару.

Терапевтичне відділення стаціонару – один з основних підрозділів лікувального закладу, який призначається для організації та надання медичної допомоги пацієнтам з хворобами внутрішніх органів, що потребують тривалого лікування, догляду, проведення складних діагностичних процедур.

Робота терапевтичного відділення стаціонару включає залучення низки підрозділів/ відділень, які забезпечують обстеження та лікування хворих у відділенні, а саме: приймальне, діагностичне, фізіотерапевтичне та допоміжні підрозділи (адміністративно-господарська частина, харчоблок).

Головною запорукою успішного лікування хворих є запровадження лікарняного режиму, який забезпечує проведення лікувально-охоронних та санітарних заходів. Регламентація лікарняного режиму встановлюється адміністрацією лікарні на основі затверджених типових положень. **Лікарняний режим** визначає час і послідовність виконання пацієнтом основних лікувальних і профілактичних заходів, маніпуляцій, процедур (ранковий підйом, щоденне вимірювання температури, розпорядок прийому їжі (сніданок, обід, вечеря), ліків, виконання призначень лікаря, години відпочинку, відвідування хворих, відходу до сну). Відвідувачі пацієнтів відділення повинні одягати медичний халат і бахіли та можуть зустрічатися у спеціально для цього відведених приміщеннях (у певний час: з 17.00 до 19.00). Тяжкохворих відвідують у палаті.

Не можна передавати хворому продукти, які швидко псуються, а саме: варену ковбасу, тістечка з кремом, консерви, молоко. Харчові продукти, які перевірені медичною сестрою, зберігаються в холодильнику, у пластикових пакетах, з маркуванням – прізвисьце хворого, номер палати.

Санітарний режим включає організаційні, санітарні, гігієнічні та протиепідемічні заходи, що спрямовані на перешкоджання виникненню внутрішньо-лікарняної інфекції. Санітарно-гігієнічний режим забезпечує дотримання вимог до санітарного стану території, на якій розміщена лікарня, внутрішнього устаткування лікарні, освітлення, опалювання, вентиляції і санітарного стану приміщень лікарні. Головними елементами забезпечення санітарно-гігієнічного режиму лікарні є проведення дезінфекції, дотримання вимог асептики, антисептики та стерилізації.

2.1. Функції та організація роботи приймального відділення.

Приймальне відділення є стаціонарним відділенням лікарні, яке забезпечує прийом, реєстрацію, санітарно-гігієнічну обробку, транспортування хворих у профільне відділення. В приймальному відділенні проводять первинне медичне обстеження хворих і надання їм (за необхідності) невідкладної медичної допомоги, заповнюють відповідну медичну документацію.

Приймальне відділення включає кабінети:

- прийому та реєстрації хворих;
- кабінет лікаря;
- ізолятор;
- санітарну кімнату;
- процедурний кабінет.

У реєстраційному кабінеті проводяться прийом і реєстрація хворих, а також заповнення первинної медичної документації. В оглядових кабінетах – лікарняний огляд, антропометричні дослідження, надання невідкладної медичної допомоги. В санітарній кімнаті проводять загальну та спеціальну санітарну обробку хворих перед їх транспортуванням до стаціонару.

При огляді звертають увагу на наявність ознак інфекційних, шкірних захворювань, а також педикульозу.

В реєстраційному кабінеті на кожного госпіталізованого хворого заповнюється відповідна **медична документація**, а саме:

- 1) **історія хвороби**, у якій відмічається прізвище, ім'я та по батькові хворого; номер історії хвороби; вік; домашня адреса; номер телефону; професія; дата і термін госпіталізації; ким направлений хворий. При непритомному стані хворого необхідні дані слід отримати від супроводжуючого персоналу. Історія хвороби – основний медичний документ, який заповнюється на кожного стаціонарного хворого.
- 2) **журнал прийому хворого та відмов у госпіталізації**, у якому, окрім прізвища, імені та по батькові, реєструються дата і термін госпіталізації хворого, ким і коли направлений, при відмові у госпіталізації – причини відмови;
- 3) **обмінна карта** – призначається для наступної реєстрації у стаціонарному відділенні діагнозу, лабораторних досліджень і лікувальних заходів.

4) **журнал реєстрації матеріальних цінностей, прийнятих на збереження** від хворого – містить перелік речей хворого, засвідчений його підписом.

Якщо стан пацієнта вимагає невідкладної медичної допомоги, заповнення документації проводиться після проведення відповідних лікувальних заходів. Після реєстрації проводиться первинний медичний огляд. Під час первинного огляду додатково оглядають волосяні частини тіла хворого на наявність педикульозу, відкриті частини шкіри на предмет виявлення шкірних та інфекційних захворювань.

Визначають антропометричні дані: зріст, масу тіла, окружність грудної клітини і голови.

Вимірювання зросту проводять за допомогою спеціального приладу – зростоміру (мал. 2.1). Вертикальний його штатив має сантиметрові поділки. По штативу пересувається горизонтально розташована планка. Хворий стоїть спиною до штативу, щільно торкаючись його п'ятами, сідницями, лопатками та потилицею. Голова хворого повинна знаходитись у такому положенні, щоб верхній край зовнішнього слухового проходу та кути очей були на одній горизонтальній лінії. Планшетку опускають на голову хворого та відраховують поділки на шкалі до нижнього краю планшетки. Отримані результати заносять до історії хвороби. Зріст важкохворого вимірюють сантиметровою стрічкою у положенні хворого лежачи (мал. 2.4).



Мал. 2.1. Ростомір

Вимірювання маси тіла хворого проводять на медичних вагах (мал. 2.2 та мал. 2.3). Зважування проводять натще після випорожнення сечового міхура та кишечника. Хворий роздягається до натільної білизни. Хворий обережно стає посередині площадки вагів при опущеному затворі.

Коли досягнуто рівновагу, затвор вагів піднімають, важі пересувають на планках коромисла вагів ліворуч до тих пір, поки воно не стане на одному рівні з контрольною рисою. Потім затвор вагів знову опускають, а показники нижньої та верхньої планок підсумовують. Отримані результати заносять до історії хвороби. Зважування стаціонарних хворих проводять один раз на тиждень. Двічі або тричі на тиждень проводять зважування хворих з ожирінням, виснажених хворих та хворих з набряками.



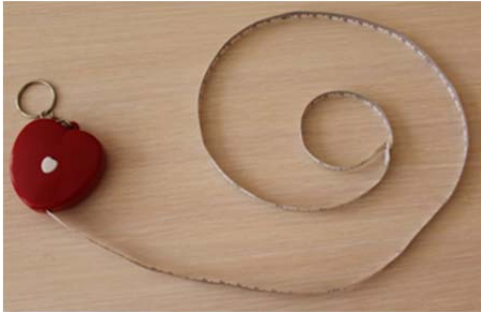
Мал. 2.2. Механічні ваги



Мал. 2.3. Електронні ваги

Вимірювання окружності грудної клітки проводять м'якою сантиметровою стрічкою (мал. 2.4) по 4-му ребру (під сосками у чоловіків), ззаду під лопатками. При цьому руки хворого повинні бути опущеними. Окружність грудної клітки вимірюють під час максимального вдиху, а також при спокійному диханні.

Вимірювання окружності живота має значення у хворих з асцитом (вимірюють щоденно), а також при ожирінні (вимірювання проводять натще). Сантиметрову стрічку (мал. 2.4) накладають на рівні пупка, ззаду на рівні 3-го поперекового хребця. Отримані результати заносять до історії хвороби.



Мал. 2.4. Сантиметрова стрічка

Індекс маси тіла (ІМТ, англ. «body mass index» BMI) – величина, що дозволяє оцінити ступінь відповідності маси тіла людини та її зросту.

Формула визначення Індексу маси тіла:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

m – маса тіла в кілограмах; h – зріст в метрах; I – вимірюється в кг/м².

Після визначення антропометричних даних середній медичний персонал допомагає лікарю при обстеженні хворого і наданні йому медичної допомоги, а потім забезпечує проведення санітарної обробки.

Санітарно-гігієнічні процедури для пацієнта. Процедура проводиться з урахуванням стану хворого, а також характеру його захворювання. При надзвичайно важкому стані (шок, кома, інфаркт міокарда, судоми, непритомність) хворого терміново транспортують у відповідне відділення, або йому надається невідкладна допомога безпосередньо у приймальному відділенні без попередньої санітарної обробки.

При задовільному стані хворий приймає гігієнічну ванну або душ. Якщо він не спроможний помитися самотійно, в цьому йому допомагає персонал приймального відділення. В сучасних лікувальних установах ванні кімнати забезпечуються стерильними пакетами з чистою білизною і мочалкою. Середня тривалість прийому ванни або душу 20-25 хв. Під час прийому ванни медичний персонал повинен невідлучно стежити за станом хворого.

Гігієнічне обмивання важких хворих проводить медичний персонал. Миють таких хворих намиленою мочалкою: спочатку голову, потім тулуб і нижні кінцівки. Старанно вимивають місця інтенсивних фізіологічних виділень: пахові та пахвинні ділянки, місця під молочними залозами, в міжпальцевих складках. Після користування ванною її необхідно вимити спеціальною мочалкою з милом, а потім 2% розчином хлораміну.

При проведенні санітарної обробки хворих з педикульозом медична сестра надягає маску, рукавиці, додатковий халат і косинку. Хворого садять на кушетку застелену клейонкою і обробляють волосся голови спеціальними розчинами. Волосся покривають бавовняною, а потім клейончастою косинками і залишають на 30 хв. Після цього промивають волосся теплою водою, ополіскують розчином оцтової кислоти і вичісують над клейонкою густим гребінцем протягом 9-15 хв. Вагітним жінкам, дітям до 5 років, та особам з пошкодженням шкіри голови застосування карбофосу протипоказано. В цих випадках користуються 5% борною маззю, 0,25% емульсією дикрезилу, 0,5% розчином метилацетофосу в однакових кількостях з оцтовою кислотою та мильною емульсією.

На титульному листі історії хвороби роблять позначку «Р», а хворого через 9 днів повторно оглядають.

Після санітарної обробки хворого транспортують у профільне відділення, згідно з профілем його захворювання.

Транспортування хворих. Відправлення хворих до відділення може бути здійснене кількома способами. Пацієнтів із задовільним станом направляють в палату у супроводі медичного працівника. При стані середньої важкості хворого необхідно доставляти в палату на кріслі або каталці (мал. 2.5.). Важких хворих транспортують у відділення на ношах, які розміщують на спеціальному візку, застеленому чистим простирадлом і покритому ковдрою. При підйомі по східцях хворого несуть головою вперед дві, три або чотири особи, які йдуть не в ногу.



Мал. 2.5. Прилади для транспортування хворих.

Перекладання хворих з нош на ліжко проводиться з дотриманням певних правил: ножний кінець нош треба розмістити перпендикулярно до головного кінця ліжка. Якщо цього не дозволяє площа палати, ноші можна розмістити і паралельно до ліжка, залишивши проміжок між ліжком і ношами для розміщення осіб, які перекладають хворого. Необхідно стати обличчям до хворого, підкласти руки під його голову, сідниці і ноги, а потім обережно перекласти пацієнта на ліжко.

Розділ 3. Організація роботи терапевтичних відділень стаціонару.

Терапевтичне відділення – підрозділ лікарні (клініки), в якому проводиться консервативне лікування хворих з різними захворюваннями внутрішніх органів: серцево-судинної, дихальної систем, органів травлення, нирок, деяких захворювань опорно-рухового апарату. Поряд з терапевтичними, існує мережа спеціалізованих або профільних відділень: кардіологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні, нефрологічні, ендокринологічні.

До **структури терапевтичного відділення** (загального або спеціалізованого) входять:

- пост палатної медичної сестри;
- палати для розміщення хворих;
- ординаторська, яка є робочим місцем лікаря;
- кабінет завідуючого відділенням;
- кабінет старшої медичної сестри;
- маніпуляційна;
- процедурні кабінети;
- їдальня;
- ванна кімната з душем;
- санвузол.

Пост палатної медсестри є робочим місцем, розрахованим на обслуговування 25-30 хворих. Розміщують пост біля палат щоб хворі могли постійно перебувати під наглядом медсестри. Найчастіше його розташовують у коридорній ніші.

Оснащення поста складають:

1) стіл з висувними шухлядами, які обов'язково замикають. У столі може зберігатися медична документація – історії хвороби, листки лікарських призначень, температурні, процедурні листи, порціонники тощо;

2) спеціальні шафи для зберігання медикаментів: окремо для груп «А» (отруйні) і «Б» (сильнодіючі);

3) металевий столик для розміщення стерильних матеріалів (вата, бинт), ємності з дезинфікуючими розчинами;

4) столик для розміщення ліків хворим;

5) холодильник, в якому зберігаються рідкі засоби, які швидко псуються, настої, відвари, вакцини, сироватки;

6) пульт світлової сигналізації;

7) телефон;

8) засоби аварійного освітлення;

9) засоби індивідуальної гігієни: умивальник, мило, рушник.

Основна роль у реалізації заходів догляду за хворими стаціонарного відділення належить середньому та молодшому медичному персоналу. Обсяг їх роботи з медичного догляду за пацієнтами регламентується функціональними обов'язками, які чітко представлені в Розділі 1(1.4).

Безпосередніми помічниками медичних сестер у виконанні догляду є санітарки, або молодший медичний персонал (функціональні обов'язки описані в Розділі 1(1.4)).

Організація робочого часу молодшого медичного персоналу та розпорядку дня хворого проводиться згідно розпорядку дня стаціонарного відділення (табл. 1).

Таблиця 1. Розпорядок дня стаціонарного відділення.

Час доби	Розпорядок дня хворого	Обов'язки палатної медичної сестри
7.00-7.30 год	Підйом, термометрія	Вмикають світло в палатах (взимку), роздають термометри, контролюють виконання термометрії, записують дані в температурний лист

7.30-8.00 год	Ранковий туалет	Допомагають вмитися тяжко хворим, перестилають чи поправляють постіль, відправляють біологічний матеріал (кал, сеча, мокрота) в лабораторію; провітрюють палати
8.00-8.10 год	Прийом лікарських засобів	Беруть участь в ранковій конференції медичних сестер
8.10-8.30 год		Передача чергування
8.30-9.00 год		Роздають лікарські засоби, призначені для прийому «до їди»
9.00-9.30 год	Сніданок	Допомагають роздавати їжу, годувати тяжко хворих
9.30-11.00 год	Обхід лікаря	Беруть участь в обході, записують призначення або готують хворих до обстеження, супроводжують хворих в діагностичні кабінети
11.00-13.00 год	Виконання призначень	Доглядають за тяжкохворими, ставлять компреси, виконують інші маніпуляції.
13.00-13.30 год	Прийом лікарських засобів	Роздають лікарські засоби.
13.30-14.30 год	Обід	Допомагають роздавати їжу, годувати тяжко хворих
14.30-16.30 год	Післяобідній відпочинок	Провітрюють палати, слідкують за дотриманням тиші у відділенні, за станом тяжкохворих
16.30-16.50 год		Передача чергувань
16.50-17.20 год	Термометрія	Роздають термометри, контролюють виконання термометрії, записують дані в температурний лист
17.20-19.00 год	Час відвідувань хворих родичами	Знаходяться на сестринському посту. Контролюють склад передач
19.00-19.30 год	Прийом лікарських засобів	Роздають лікарські засоби і слідкують за їх прийомом
19.30-20.00 год	Вечеря	Допомагають роздавати їжу, годувати тяжко хворих
20.00-21.30 год	Виконання призначень	Ставлять клізми, банки, гірчичники, вечірні ін'єкції, роздають лікарські засоби. Провітрюють палати.
21.30-22.00 год	Вечірній туалет	Підмивають тяжкохворих, поправляють постіль, створюють їм зручне положення. Провітрюють палати .
22.00 год	Підготовка до сну	Вимикають світло в палатах, вкривають хворих, слідкують за тишею у відділенні.
22.00-7.00 год	Нічний сон	Щогодинно роблять обхід у відділенні.

3.1. Організація гігієнічного догляду у стаціонарному відділенні.

Вологе прибирання інтер'єрів, палат, функціональних кабінетів відділення проводиться із застосуванням дезінфікуючих засобів – 0,2%-0,5%

розчину хлорного вапна, 0,5%-1% розчину хлораміну або розчин лізоформін плюс 0,05%. Його проведення входить до функціональних обов'язків молодшого медичного персоналу.

Під час проведення вологого прибирання хворі з вільним режимом повинні звільнити палату, залишатися в ній можуть лише тяжкохворі. До проведення вологого прибирання спочатку зволоженим віником або шваброю підмітають підлогу в напрямку від стін до середини приміщення. Потім ганчіркою, змоченою 0,2% розчином хлорного вапна або 0,5% розчином хлораміну, миють підлогу в напрямку від вікон до дверей. Меблі, підвіконня, радіатори центрального опалення, освітлювальні прилади протирають вологою ганчіркою щонайменше двічі на тиждень. При проведенні вологого прибирання звертають увагу на санітарний стан приліжкових тумбочок.

Разом з вологоим прибиранням або одразу після його закінчення провітрюють палату, а потім опромінюють її бактерицидною лампою.

Необхідні умови в палаті – це достатнє освітлення, підтримання температури повітря в палаті в межах 18-20°C, забезпечення чистоти приліжкових столиків, тумбочок, столів, табуреток, створення тиші та спокою в палатах. Розмови з хворими повинні вестись неголосно і бути витримані в спокійному, урівноваженому тоні. В процесі виконання заходів з догляду необхідно ввічливо пояснити хворому лікувальну доцільність регламентованого проведення тієї чи іншої процедури і висвітлити її роль в успішному лікуванні недуги.

Гігієнічний догляд включає також **гігієну постілі та особисту гігієну хворого**.

Важливе значення у забезпеченні гігієнічного утримання хворого має **гігієна ліжка і постільної білизни**. В лікарняних умовах частіше використовують нікельовані ліжка, їх легше мити і дезинфікувати. Головний кінець ліжка слід розташувати біля стіни так, щоб до хворого можна було вільно підійти з обох боків (справа і зліва). До ніжок ліжка приладнують спеціальні коліщатка, завдяки яким полегшується його пересування.

Постіль повинна бути акуратною і зручною, з рівною поверхнею. Для деяких хворих, наприклад, із захворюванням хребта, використовують спеціалізовані функціональні ліжка. У тяжкохворих, які знаходяться на постільному режимі, по всій ширині постілі під сідниці підкладають

клейонку або одноразові пелюшки, край яких фіксують. При нападі ядухи з метою надання хворому напівсидячого положення використовують додатково одну-дві подушки, або піднімають підголовник ліжка. Вкривають хворого ковдрою. Біля ліжка розміщують столик для зберігання особистих речей хворого, насамперед, предметів особистої гігієни.

З метою забезпечення зручного положення хворого використовують функціональне ліжко. Воно складається із трьох рухомих секцій, положення яких можна змінювати за допомогою відповідних пристосувань або ручок. Сучасні функціональні ліжка обладнані приліжковими столиками, штативом для крапельниці, секціями для підкладних суден та сечоприймачів.

Кваліфікований догляд за хворим і надання йому своєчасної невідкладної медичної допомоги в значній мірі залежать від визначення положення хворого у ліжку.

В залежності від стану здоров'я і тяжкості захворювань розрізняють такі **види положень хворого у ліжку**:

- а) *активне* – за якого хворий може без сторонньої допомоги займати різне положення, вставати з ліжка, ходити, відвідувати їдальню, туалет тощо;
- б) *пасивне* – за якого хворий не спроможний самотійно займати зручне положення, міняти його, переміщуватися у ліжку, міняти розташування окремих частин тулубу; таке положення свідчить про тяжкий стан хворого або про його надмірну слабкість чи виснаженість;
- в) *вимушене* – стан, за якого хворий самовільно (активне вимушене), чи внаслідок хворобливого стану або за призначенням лікаря (пасивне вимушене) займає положення, яке може поліпшувати його самопочуття, суттєво не впливати на нього або навіть погіршувати.

Зміна постільної та натільної білизни. Змінювати натільну та постільну білизну треба регулярно, не рідше 1 разу на тиждень, звичайно, після гігієнічної ванни. Іноді переміна білизни проводиться за необхідністю. У залежності від стану хворого використовують різні методи переміни натільної білизни. Хворий, який знаходиться на вільному режимі, може міняти її самотійно. Тяжким хворим перемінює білизну медичний персонал. Переміну постільної білизни важкохворих треба проводити з мінімальною затратою сил пацієнта. Насамперед, знімають використане простирадло. Для цього його згортають у валик почергово із сторони голови і ніг до тазової частини хворого, а потім обережно забирають. Чисте простирадло, згорнуте у

формі бинта (з обох сторін валиками), обережно підводять під крижі хворого, а потім розправляють послідовно у напрямку до голови і до ніг так, щоб на простирадлі не залишалося зморщок. Тяжко хворим можна міняти простирадло і в інший спосіб: хворого обережно переміщують на край ліжка, згортають по довжині використане простирадло, на звільненому місці розстелюють чисте простирадло, на яке перекладають хворого.

При переміні натільної білизни у тяжкохворих треба відвести руки під крижі, захватити кінці сорочки і обережно підтягнути до голови, потім підняти обидві руки хворого і згорнуту біля ший сорочку перекинути через його голову. Після цього знімають, рукава. Одягають сорочку у зворотньому порядку: спочатку просувають руки у рукава (при травмі однієї руки починають з неї), потім сорочку перекидають через голову і розправляють на тілі хворого. Іноді, доцільно користуватися сорочкою, пошитою у формі розпашника, який можна легко надіти з мінімальним порушенням фізичного стану пацієнта.

Догляд за шкірою. У хворих, які тривалий період знаходяться на постільному режимі, внаслідок хронічних захворювань можуть появитися різноманітні зміни стану шкіри. На ній можуть з'явитися гноячковий висип, злущування, попрілість, виразки, пролежні. Тому догляд за шкірою є одним із важливих компонентів загального догляду за хворими. У лежачих хворих шкіру щоденно протирають рушником або марлевою серветкою, змоченою камфорним спиртом, розведеним столовим оцтом (1 столова ложка на склянку води). Особливо ретельно обробляються місця, найбільш вразливі до трофічних уражень: за вухами, в пахвинних ділянках, на спині, крижах, під молочними залозами. З метою профілактики пролежнів, а також при появі їх перших ознак (почервоніння і лущення шкіри у відлогих місцях), шкіру слід щоденно протирати дезинфікуючими засобами, зокрема, камфорним спиртом, розрізаним лимоном, опромінювати еритемними дозами кварцу. Під уражені місця на спині та попереку слід покласти гумовий круг, покритий марлевою підстилкою. При сформованих пролежнях (наявність гнійних пухирів, маленьких виразок на шкірі) необхідно обробити їх дезинфікуючим розчином, а потім накласти пов'язку із синтоміциновою емульсією. **Пролежень** (змертвіння, некроз) – це дистрофічні, виразково-некротичні зміни шкіри, підшкірної жирової клітковини і навіть окістя, розвиток яких відбувається внаслідок порушення місцевого кровопостачання та іннервації (мал. 3.1.).



Мал. 3.1. Пролежень.

Особиста гігієна. Хворі з вільним режимом самостійно виконують процедури по дотриманню особистої гігієни: умивання, догляд за порожниною рота, приймання гігієнічної ванни або душу. Хворим з постільним режимом допомогу в проведенні гігієнічних заходів надає медичний персонал. Умивання проводиться за допомогою м'якої мочалки теплою водою. Руки хворого миють з милом. Двічі на тиждень хворому необхідно мити ноги і зрізати нігті. Хворих, які страждають на нетримання сечі і калу, необхідно кілька разів на день підмивати, аби уникнути подразнення шкіри в ділянці скупчення фізіологічних виділень. Перед підмиванням під крижі підкладають гумове або металічне судно, ноги хворого згинають у колінах і трохи розводять у стегнах. Лівою рукою на ділянку статевих органів ллють із кухля Есмарха теплий дезінфікуючий розчин (блідорожевий розчин марганцевокислого калію, розчин фурациліну-1:5000), правою – пінцетом або корнцангом з тампоном протирають шкіру в цих місцях. Рухи повинні бути направлені від піхви до заднього проходу з тим, щоб не занести інфекцію в сечостатеву систему. У такому ж напрямку протирають шкіру сухим тампоном.

Догляд за порожниною рота. Крім щоденного ранкового туалету з використанням зубної пасти, хворий повинен прополоскувати рот водою після кожного прийому їжі. Тяжким хворим рот протирають за допомогою пінцета і ватного тампона, змоченого в 5% розчині борної кислоти або 2% розчині натрію гідрокарбонату. За наявності запальних змін на слизовій оболонці рота проводять додаткове його зрошення дезінфікуючими розчинами (мікроцид, фурацилін) за допомогою гумової груші або шприца без голки. При появі на губах сухих кірок або тріщин накладають на уражені місця марлеву серветку, змочену синтоміциновою емульсією. Сухі губи слід двічі на день змазувати вазеліном або олією. Для зменшення неприємного

запаху із рота слід періодично прополоскувати рот 1% розчином натрію хлориду, або зубним еліксіром.

– Послідовність дій під час проведення туалету ротової порожнини тяжкохворим, які у стані притомності. Допомагають тяжкохворому вимити руки та подають ниркоподібний лоток. Забезпечують його одним із розчинів для обробки ротової порожнини і ватними або марлевими тампонами. Зволоженим тампоном хворий самостійно протирає зуби, а потім прополіскує ротову порожнину.

– Послідовність дій під час проведення туалету ротової порожнини тяжкохворим, які у непритомному стані. Опускають підголовник ліжка, прибирають подушку. Надають хворому горизонтального положення, щоб промивні води не потрапили в дихальні шляхи. Під голову підстеляють клейонку або пелюшку, складену в декілька шарів. Голову хворого повертають ліворуч. Під кут рота підставляють ниркоподібний лоток. Шпателем відводять щоку. Зволоженим марлевим або ватним тампоном, який утримують затискачем, обробляють зуби згори донизу із зовнішнього боку і по можливості з внутрішнього. За наявності нальоту на язиці його частково витягують назовні за допомогою язикоутримувача або зволоженої марлевої серветки і протирають тампоном, зволоженим не подразливим антисептичним розчином. Ротову порожнину прополіскують теплим розчином з гумового балона або шприца. Ротову порожнину та губи висушують сухим тампоном. У разі пересихання слизової оболонки та язика їх обробляють олією із звіробою або обліпиховою. Також можна використати 10% розчин бури в гліцерині, будь-яку олію або вершкове масло. Ротову порожнину обробляють двічі на день.

– Послідовність обробки зубних протезів. Знімні зубні протези у тяжкохворого виймають. Ретельно промивають їх під струменем води з милом. Протези зберігають у сухій склянці, яку прикривають марлевою серветкою. Перед тим, як надіти зубні протези, знову промивають ротову порожнину і протези водою. У разі стоматиту застосовують аплікацію розчину фурациліну 1:5000 або відвару ромашки на 3-5 хв. Процедуру повторюють кілька разів на день. Періодично прополіскують ротову порожнину 2% розчином натрію гідрокарбонату або ізотонічним розчином натрію хлориду.

Догляд за очима. За наявності виділень, які склеюють повіки, а також при численних очних захворюваннях догляд за очима вимагає застосування

спеціальних заходів. Він передбачає промивання очей, закапування в них медикаментозних крапель і накладання за віки ліків на мазевій основі.

При склеюванні вік очі очищають стерильним марлевим тампоном, змоченим 2% розчином натрію гідрокарбонату, або 3% водним розчином борної кислоти. Вводять краплі в очі за допомогою стерильної піпетки. Перед проведенням процедури дещо відтягують нижнє віко пальцем лівої руки. Після цього пальцями правої руки видавлюють із піпетки 1-2 краплі ліків, які вводять у мішок кон'юнктиви, розташований у ділянці внутрішнього кута ока (біля носа). На кілька секунд хворий повинен закрити очі. Залишкова частина рідини забирається ватним тампоном. Очні мазі наносять на внутрішню частину віка, для чого віко відтягують донизу і вводять за нього мазь. Після цього віко відпускають і ніжно розтирають ліки по слизовій оболонці круговими рухами пальців по зовнішній частині віка,

Догляд за вухами. Порушення гігієни вух, особливо у тяжкохворих, може спричиняти їх різні захворювання та призводити до зниження слуху. Хворим із постільним режимом слід періодично очищати зовнішні слухові проходи за допомогою ватної турунди. Процедуру доцільніше проводити після попереднього закапування у вухо 2-3-х крапель 3% розчину перекису водню. Необхідно також регулярно протирати шкіру задньої частини вушної раковини, особливо в ділянці її переходу у соскоподібний відросток, аби уникнути появи в цьому місці запальних процесів. Існують правила закапування крапель у вухо. Спочатку голову хворого злегка нахилиють у здорову сторону, потім лівою рукою дещо відтягують мочку хворого вуха і одночасно пальцями правої руки за допомогою піпетки закапують у вухо необхідну кількість крапель. Після введення крапель у зовнішній слуховий прохід на кілька хвилин вкладають у нього сухий ватний тампон.

Догляд за носом. Тяжким хворим, які неспроможні самотійно забезпечити гігієнічний догляд за носом, необхідно щоденно звільняти носові проходи від своєрідних утворень – кірочок за допомогою ватної турунди, змоченої олією або гліцерином. Закапують краплі у ніс за допомогою піпетки: спочатку в одну, а потім у другу половини носа. Закапування проводять у сидячому або лежачому положенні хворого з дещо закинutoю назад головою.

Догляд за волоссям. Хворі, які знаходяться на вільному режимі, гігієнічний догляд за волоссям здійснюють самотійно. Догляд за волоссям включає щотижневе миття голови теплою водою з милом або шампунем і систематичне розчісування волосся. Важким хворим гігієнічний догляд за

волоссям забезпечує медичний персонал. Хворому один раз у 7-10 днів проводять стрижку з наступним миттям голови. Щоденно волосся хворого на голові розчісують індивідуальним гребінцем.

Розділ 4. Роль розпитування хворого в оцінці загального стану пацієнта

Суб'єктивне обстеження полягає в отриманні від хворого методом розпитування інформації про його хворобу та про фактори, що її спричинили. Опитування/анамнез складається з таких послідовних розділів:

- 1) паспортна частина;
- 2) скарги хворого;
- 3) анамнез/історія хвороби;
- 4) анамнез/історія життя.

Анамнестичні матеріали записують в медичну картку хворого – історію хвороби в умовах стаціонару або медичну картку амбулаторного хворого при зверненні пацієнта в поліклініку.

Паспортна частина. Послідовно з'ясовують: прізвище, ім'я, по-батькові, вік, стать, сімейний стан, освіту, професію, місце роботи, посаду, у разі інвалідності – причину, дату встановлення інвалідності, групу; в осіб пенсійного віку – дату і причину виходу на пенсію (вік, хвороба); місце проживання (адреса), контактний телефон, дату госпіталізації до лікарні, особливості госпіталізації (за особистою ініціативою, за направленням лікаря поліклініки, каретою швидкої допомоги, за переведенням з іншого відділення та ін.).

Скарги – суб'єктивні відчуття хворого щодо своєї недуги. Розрізняють скарги основні та другорядні/загальні.

– Основні скарги засвідчують прояви хвороби (біль, кашель, задишка, серцебиття, закрепи, проноси, нудота, блювання, зниження зору, слуху тощо), а також ознаки хвороби, у зв'язку з якими пацієнт звернувся до лікаря.

– Другорядні/загальні скарги не завжди свідчать про певне захворювання або захворювання конкретної системи організму, однак можуть супроводжувати інші подібні патології, ускладнювати й обтяжувати перебіг основної хвороби. До них належать загальна слабкість, психоемоційна неврівноваженість, зниження працездатності, порушення сну, відчуття дискомфорту, підвищення або зниження температури тіла, озноб або жар. Другорядні скарги можуть свідчити про супутнє захворювання пацієнта.

Анамнез (від латин. **anamnesis** - згадка, спогад) – це інформація, отримана від пацієнта про його хворобу: факти, події, чинники і обставини, які спричинили виникнення хвороби і її розвиток.

Анамнез хвороби (anamnesis morbi) – це структурна частина анамнезу, спрямована на встановлення особливостей еволюції хвороби від початкових її проявів до моменту зустрічі лікаря з пацієнтом. Мета збирання анамнезу хвороби – встановити особливості перебігу захворювання, частоту ускладнень, ефективність лікувальних заходів. Дані анамнезу захворювання записують в історію хвороби в хронологічній послідовності, починаючи від моменту появи початкових проявів хвороби до етапу первинного обстеження хворого лікарем (черговим або лікарем-куратором) стаціонарного відділення.

В першу чергу з'ясовують характер виникнення хвороби – раптовий початок чи повільний розвиток, послідовність появи ознак хвороби та їх характер, час звернення хворого по медичну допомогу відносно появи перших ознак захворювання, способи надання та ефективність допомоги, види лікувальних заходів, застосовуваних пацієнтом до моменту звернення до лікаря. Потім з'ясовують особливості перебігу хвороби – періоди загострення, ремісії, динаміку симптомів, термін та ймовірні причини появи нових ознак хвороби, результати проведених діагностичних досліджень, методи й ефективність проведеного лікування (стаціонарного, амбулаторного, санаторно-курортного). З цією метою використовують медичну документацію – виписки з попередніх історій хвороби, амбулаторної картки, санаторно-курортної книжки, копії довідок лабораторних та інструментальних методів досліджень.

Anamnesis життя (anamnesis vitae) – історія життя хворого, що відображає медичну історію пацієнта. Головна мета лікаря під час з'ясування історії життя – оцінити умови життя хворого, їх вплив на початок та перебіг захворювання, мати уявлення про наявність спадкової схильності до захворювань, факторів ризику розвитку хвороби. Анамнез життя включає відомості про умови виробничої діяльності (тривалість робочого дня, контакт з шкідливими речовинами, робота в запиленому, холодному приміщенні тощо), побуту (умови проживання, відпочинок, сон), харчові звички хворого. Важливим аспектом є з'ясування інформації щодо раніше перенесених захворювань, операцій та травм, відомості про інфекційні захворювання, які траплялися впродовж життя.

Важливо з'ясувати **сімейний анамнез** – хвороби найближчих родичів хворого. Якщо обоє батьків страждають на цукровий діабет, то у пацієнта це

захворювання може бути у прихованій формі. Наявність у сім'ї випадків раку викликає онкологічну настороженість.

Важливо дослідити **алергологічний анамнез**, наприклад, наявність а минулому симптомів свербіжу, кропив'янки, ангіоневротичного набряку, проносів, нападів задухи при вживанні певних харчових продуктів, контакті з парфумерними виробами, пилом рослин, шерстю тварин та іншими алергенами. Необхідно з'ясувати наявність алергії у хворого на медикаментозні засоби. За умови встановлення факту алергії не можна призначати ці препарати.

Під час розпитування важливо з'ясувати наявність у хворого шкідливих звичок – куріння, зловживання алкоголем, використання наркотиків. Бесіду з хворим слід проводити з урахуванням рівня його інтелекту, загальної культури, освіченості. Важливою умовою успішної бесіди є формулювання запитань простою, зрозумілою для пацієнта мовою. При роботі з пацієнтами, що знаходяться у непритомному стані, розмову про історію захворювання та життя необхідно проводити з родичами пацієнта.

Інформація, яку повідомляє хворий про свою хворобу та історію життя, має бути зафіксована в історії хвороби. **Історія хвороби** – важливий медичний документ. В ній відображається все, що відбувається з хворим під час обстеження та лікування.

Існує загальноприйнята схема історії хвороби:

1. Паспортні дані.
2. Розпитування:
 - а) скарги;
 - б) анамнез захворювання;
 - в) анамнез життя.
3. Дані об'єктивного обстеження:
 - а) загальний огляд;
 - б) детальний огляд;
 - в) обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) за системами органів: система органів дихання, серцево-судинна система, система органів травлення, сечовидільна система, ендокринна система, нервово-психічна сфера.

4. Попередній діагноз.
5. План лабораторних аналізів, рентгенівського та інструментального методів досліджень, консультацій.
6. План лікування.
7. Результати додаткових методів обстеження.
8. Клінічний діагноз та його обґрунтування.

Розділ 5. Роль огляду хворого в оцінці загального стану пацієнта.

Проведення загального огляду проводиться за наступним планом:

Загальний стан хворого. Він може бути задовільним, середньої тяжкості, тяжким та дуже тяжким (мал. 5.1).



Мал. 5.1. Оцінювання загального стану хворого.

Задовільний стан характеризується помірно-хворобливими проявами захворювання, легким погіршенням самопочуття, активним положенням у ліжку.

Стан середньої тяжкості відзначається погіршенням самопочуття, суттєвими порушеннями діяльності органів і систем, зменшенням працездатності, несприятливою динамікою перебігу захворювання.

Тяжкий стан проявляється суттєвими проявами патологічного процесу, вимушеним або пасивним положенням пацієнта у ліжку, порушенням основних функцій організму – дихання, кровообігу, сечовиділення, діяльності травної та нервової систем. Тяжкий стан може проявлятися втратою свідомості, коматозним станом, кризовим перебігом хвороби.

Дуже тяжкий стан характеризується ускладненим перебігом хвороби, може призвести до летального наслідку. Цей стан вирізняється різким погіршенням діяльності життєво важливих органів і систем, пасивним або вимушеним положенням хворого у ліжку, втратою або затьмаренням свідомості, коматозним станом.

При загальному огляді важливою є оцінка відповідності зовнішнього вигляду пацієнта паспортному вікові хворого. Адже при деяких захворюваннях (мітральний стеноз, ранні стадії туберкульозу) хворі виглядають молодшими, натомість, при кахексії, атеросклерозі, тривалих виснажливих захворюваннях вони виглядають старішими.

Оцінка стану свідомості. Свідомість може бути ясною та порушеною. В залежності від ступеня розладу свідомості розрізняють:

- 1). **Ступорозний стан** (stupor) – стан оглушення. Хворий погано орієнтується в навколишньому оточенні, на питання відповідає із затримкою. Подібний стан відмічається при контузіїх, деяких отруєннях.
- 2). **Сопорозний стан** (sopor) або сплячка, з якої хворий виходить на короткий час при гучному оклику або тормошінні. Рефлекси збережені. Подібний стан може спостерігатись при інфекційних захворюваннях та при порушенні функції нирок в термінальній стадії.
- 3). **Коматозний стан** (сома) – непритомний стан, який характеризується повною відсутністю рефлексів та розладом життєво важливих центрів. Найбільш часто зустрічаються наступні види ком: алкогольна, гіпоглікемічна, печінкова, уремічна, епілептична.

Якщо хворий активний, самостійно пересувається, слід звернути увагу на його поставу і ходу. Пряма постава, швидка та впевнена хода вказують на те, що здоров'я хворого суттєво не постраждало.

Хода. Особливості ходи можуть мати важливе діагностичне значення. У здорової дорослої людини хода чітка, впевнена, рівномірна. При деяких

захворюваннях хода набуває специфічних, іноді патогномонічних для певної хвороби особливостей. Virізняють **атаксичну ходу**: хворий при ходьбі високо піднімає стопи, надмірно згинаючи ноги в колінних та кульшових суглобах, і шумно опускає стопи до долівки, така хода характерна для хворих на поліневрит. **Паркінсонічна хода** характеризується короткими, поштовхоподібними рухами зі схилянням тулуба вперед, подібна хода нерідко з'являється у хворих на хворобу Паркінсона. **Спастична хода** спостерігається при паралічі половини тулуба (геміплегія) у хворих після мозкового крововиливу/інсульту, тож внаслідок підвищення м'язового тону ходу надмірно сповільнена і напружена. У хворих можуть спостерігатися й інші зміни ходи, які мають значне прогностичне значення. Своєрідна зміна ходи може статися у старечому віці – **сенильна хода**. Вона характеризується появою дрібних, іноді неритмічних кроків (внаслідок підвищення тону м'язів нижніх кінцівок). Змінюється хода і при деяких захворюваннях опорно-рухового апарату. Внаслідок інтенсивного болю у суглобах хода часто утруднена. **Кульгава хода** може спостерігатись при різкому зниженні кровообігу в гомілкях і стопах при облітеруючому ендартеріїті (переміжна кульгавість). Надто повільна хода з нерухомим або дещо зігнутим тулубом з'являється при сильному болю в попереку внаслідок спондилоартриту, при спондилоартрозі, ішіорадикуліті. Хода з напруженими пальцями стопи та зігнутими ногами – **хода «балерини»** – характерна для гіповітамінозу С (цинга), ускладненого внутрішньом'язовими крововиливами.

Положення у ліжку. Розрізняють такі положення хворого у ліжку:

- 1). **Активне** – коли хворий вільно змінює положення в залежності від своїх потреб: лягає, сідає, поправляє подушку.
- 2). **Пасивне** – таке положення, що визначається виключно законом тяжіння, якщо рука випадково звисла з ліжка, то вона продовжує залишатись у такому положенні; голова вдавнена в подушку, м'язи розслаблені; хворий не може самостійно змінити своє положення в ліжку, хоча воно може бути вкрай не зручне. У такому положенні знаходяться дуже слабкі та безпорадні хворі, що знаходяться в непритомному стані.
- 3). **Вимушене** – таке положення, яке хворий інстинктивно або свідомо приймає при деяких захворюваннях з метою полегшення страждання.

Вимушене положення спостерігається: напівсидячи у ліжку або у кріслі з опущеними до долівки ногами (ортопне) при задишці серцевого походження – таке положення полегшує рухи діафрагми, поліпшує

відтікання венозної крові, зменшення кількості циркулюючої крові. Положення сидячи або стоячи, фіксуючи кисті рук на нерухомому предметі (підвіконня, стіл, ліжко) – при нападі бронхіальної астми. Хворі на менінгіт приймають положення на боці з притягнутими до живота ногами і відкинутою назад головою (поза «лягавої собаки»); колінно-ліктьове (від фр. «a la vache» – «як корова») – у разі загострення виразкової хвороби з розташуванням виразки на задній стінці шлунка; поза «бедуїна, що молиться» – при злипливому і ексудативному перикардитах. Вимушене положення на спині можуть приймати хворі при інтенсивних болях у животі, наприклад, при перитоніті, гнійному апендициті. При пневмонії, туберкульозі легенів хворі лягають на уражену сторону з тим, щоб як можна ефективніше звільнити для дихання здорову легеню; положення на хворій стороні також зменшує кашельні рефлекси з хворої ділянки легенів. Вимушене положення на правому боці часто спостерігається у пацієнтів із серцевою недостатністю, зумовленою значною дилатацією (розширенням) порожнини серця – таке положення сприяє полегшенню скорочувальної діяльності лівого шлуночка.

Пасивно-вимушене положення може призначатися лікарем з метою більш сприятливого перебігу хвороби, а саме при інфаркті міокарда – горілиць, з дещо піднятим головним кінцем функціонального ліжка; при лівосторонньому ексудативному плевриті – на правому боці, з дещо піднятою головою; положення горілиць, з дещо опущеною головою і піднятими ногами надають потерпілому при непритомності.

Окрім послідовності проведення загального огляду, стану свідомості, оцінки положення хворого в ліжку, постави та ходи оглядають шкіру, слизові оболонки, підшкірну клітковину та м'язи опорного апарату.

При дослідженні шкірних покривів слід звертати увагу на колір шкіри, її вологість, тургор, наявність набряклості, стан венозної сітки, волосяного покриву, наявність крововиливів в шкірі, висипів, рубців.

Колір шкіри. Оцінку кольору шкіри найкраще проводити при денному освітленні. В нормі колір шкіри – блідо-рожевий. Блідість шкіри може бути зумовлена анемією. Блідість шкіри без анемії може спостерігатися при спастичному скороченні судин шкіри (запаморочення, нудота). Почервоніння шкіри спостерігається при значному підвищенні рівня гемоглобіну та еритроцитів в крові. Тимчасове почервоніння шкіри спостерігається після опромінення сонцем, після гарячих ванн, при підвищенні артеріального тиску. У всіх випадках причиною зміни кольору шкіри є викликане

вазомоторними впливами розширення шкірних судин. Цианоз найчастіше зумовлений дихальною недостатністю або хворобами серцево-судинної системи. Жовтяниця залежить від відкладання в шкірі та слизових оболонках жовчного пігменту – білірубіна (мал. 5.2). Бронзове забарвлення спостерігається при аддісоновій хворобі. Причину пігментації пов'язують з гіперсекрецією та збільшенням активності меланоформного гормону гіпофізу. Може відмічатися повна відсутність пігменту (альбінізм), або часткова втрата на окремих ділянках шкіри у вигляді білих плям.



Мал. 5.2. Колір шкіри та склери при жовтяниці.

Вологість шкіри. У нормі шкіра волога, що залежить від постійного виділення на поверхню шкіри мікроскопічних крапель поту.

Підвищена вологість шкіри спостерігається при надлишковому потовиділенні, наприклад при високій температурі навколишнього середовища, при вживанні за короткий проміжок часу великої кількості рідини, при важкій м'язовій роботі, при критичному падінні температури тіла, у хворих на туберкульоз легень, особливо в нічний час при тяжких запальних захворюваннях (туберкульоз, ендокардит).

Сухість шкіри спостерігається при втраті організмом рідини, якщо у хворого блювання, пронос, при надмірному виведенні рідини з організму нирками, наприклад при цукровому діабеті, а також при пригніченій функції потових залоз, наприклад при введенні атропіну, при гіпотиреозі.

Тургор шкіри, тобто її напруження, еластичність. Визначається головним чином пальпаторно, для чого слід двома пальцями взяти шкіру в складку. При цьому, у випадку нормального тону, відчувається, що шкіра щільна, але пружна, має достатню товщину, не відділяється від підшкірної клітковини та миттєво розправляється після зняття пальців. Тургор шкіри залежить від ступеня розвитку підшкірної клітковини, вмісту рідини в шкірі,

ступеня кровопостачання та стану шкірних колоїдів. Діагностичне значення має зниження тургору, що залежить від витончення шкіри, пов'язаного із зниженням її кровопостачання та зміни колоїдних властивостей її елементів, що зумовлюють втрату еластичності.

Набряки. Залежать від накопичення рідини в тканинах та тканинних щілинах. Набряки можуть займати окремі ділянки тіла або захоплювати підшкірну клітковину всього тіла. Виражений набряк може бути виявлений при натискуванні пальцем на набряклі місця шкіри, що покривають кісткові утворення (в ділянці зовнішньої поверхні гомілки, кісточки, попереку та ін.); при наявності набряку після зняття пальця залишається ямка, яка зникає через 1-2 хв. (мал. 5.3).



Мал. 5.3. Набряки кінцівок.

Шкірні висипи та крововиливи. Висипи, які зустрічаються при внутрішніх хворобах: еритема, розеола, кропив'янка, папула, пустула, везикула, геморагії та петехії, телеангіоектазії, розчісування, «судинні зірочки», «кров'яні краплі». Крім цього звертають увагу на рубці, їх походження (після операційні або після травми), а також на трофічні зміни шкіри (пролежні, виразки).

Висип на шкірі може виникати при деяких гострих або хронічних захворюваннях організму. За морфологічними ознаками шкірні висипання мають різні прояви: *еритема* – обмежене почервоніння; *петехія* – точковий, капілярний шкірний крововилив; *макула* – обмежена пляма; *папула* – вузликоподібне утворення, що не має порожнини, дещо піднімається над поверхнею шкіри; *розеола* – висип на шкірі у вигляді невеликих червоних плям, які не виступають над її поверхнею; *пухирець* – невелике тонкостінне утворення на шкірі, заповнене серозною рідиною; *гнійник* – пухирцеподібне утворення на шкірі, заповнене гноєм; *пухир* – пухирцеподібне утворення на шкірі великого розміру; *кропив'янка* – пляма,

висип; *ерозія* – дефект шкіри в межах епідермісу; *екскоріація* – дефект шкіри, що виникає у разі поверхневої травми, розчухування шкіри.

Наявність висипу та його особливості мають велике діагностичне значення і різну семіологічну сутність, особливо при різних інфекційних, шкірних та дитячих захворюваннях (висипних гарячках – кір, краснуха, скарлатина, віспа, а також при червоному та висипному тифах, сифілісі та ін.)

Волосяний покрив. Визначають тип оволошіння, випадіння волосся, посивіння, гіпертрихоз.

Нігті. Визначається їх форма (наприклад, у вигляді «годинникового скла» при захворюваннях легень), ламкість, колір, вичерченість нігтів.

Підшкірна клітковина. Оцінюючи підшкірну клітковину звертають увагу на ступінь її розвитку та рівномірність відкладення на різних ділянках тіла. Розвиток підшкірної клітковини визначають за товщиною підшкірної складки. Найбільше діагностичне значення має визначення її в підребер'ї (правому або лівому) на рівні пупка. В нормі товщина цієї складки становить близько 2 см. Товщина менше 1,5 см свідчить про знижений ступінь вгодованості, понад 2 см – про збільшений. Точні дані про стан вгодованості можна отримати визначенням індекса маси тіла (ІМТ).

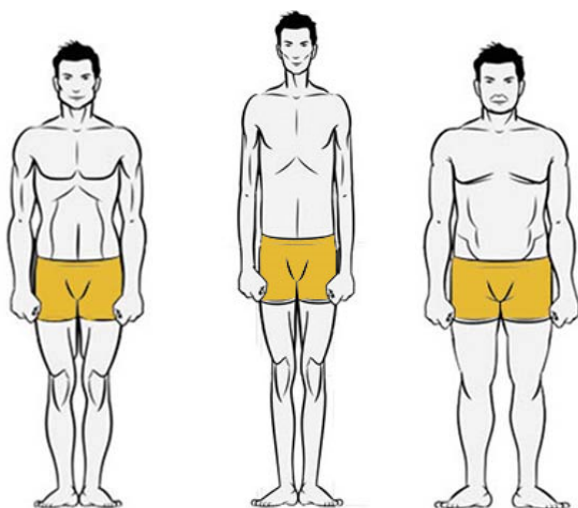
Дослідження лімфовузлів. Важливе значення має огляд та пальпація лімфатичних вузлів. В нормі лімфатичні вузли не помітні та не пальпуються. При пальпації вузлів треба звернути увагу на їх величину, консистенцію, чіткість відокремлення від навколишніх тканин, болючість, рухомість, колір шкіри над ними та характер їх розташування (поодинокі або скупченість із декількох вузлів). Найчастіше збільшуються шийні, надключичні, підключичні, підпахвинні, ліктьові та пахові лімфовузли. Дослідження лімфовузлів проводять у наступній послідовності: потиличні, задньошийні, заушні, біля вушні, защелепні, підщелепні, підборідні, передньошийні, надключичні, підключичні, пахові, ліктьові, пахові, підколінні.

Скелетні м'язи. Визначається ступінь їх розвитку (добра, помірна, слабка, місцева гіпертрофія, атрофія). Стан м'язів оцінюють візуально, пальпаторно та перевіряють їх силу. Шляхом пальпації з'ясовується тонус м'язів, який може бути збереженим, зниженим або підвищеним. Діагностичне значення має наявність судом. При гострому запаленні м'язу або крововиливу в товщу м'язу відмічається зміна консистенції м'язу та різка його болючість.

Кістковий апарат. Відмічається стан хребта (викривлення, обмеження рухомості), потім проводять огляд кінцівок. Визначається пропорційність їх розмірів, викривлення, стан кінцевих фаланг пальців рук та ніг. Оцінюється стан суглобів, їх конфігурація, рухомість, припухлість, болючість, наявність хрусту при рухах.

Поняття про тілобудову складається з даних відносно: зросту, вгодованості, форми тіла, ступеня розвитку та тону мускулатури, будови скелету. Обов'язково використовують антропометричні дослідження параметрів фізичного розвитку людини, які включають вимірювання зросту, маси тіла, окружності грудної клітки та живота, які детально описані в Розділі 3 (3.1).

Конституціональні типи. Дані відносно тілобудови обстежуваного, його вгодованості, розвитку мускулатури, результати вимірювання зросту та окружності грудей, зважування тіла дають можливість віднести його до того чи іншого типу конституції. Під конституцією розуміють суму частково успадкованих, частково придбаних морфологічних та функціональних особливостей людини. Розрізняють три конституціональні типи: **нормостенічний, астенічний та гіперстенічний** (мал. 5.4). Середній **нормостенічний тип** зустрічається найчастіше. Люди, що відносяться до **астенічного типу**, відрізняються наступними морфологічними особливостями: у них значно переважають подовжені розміри тіла; грудна клітка вузька та плоска; шия вузька та довга, кінцівки довгі та тонкі; череп видовжений, обличчя вузьке; волосяний покрив рясний, мускулатура в'яла та тонка; м'яка, тонка, сухувата шкіра, з прожилками, які злегка просвічуються, підшкірно-жировий шар виражений погано; плечі вузькі та покаті. Люди, що відносяться до **гіперстенічного типу** мають поперечні розміри, що більші ніж у астеників, тому вони коренасті; грудна клітка широка та глибока; шия, кінцівки короткі та широкі; череп широкий та невисокий, обличчя округле та широке; мускулатура розвинута, але не завжди пружна; підшкірно-жировий шар розвинений добре; плечі прямі та широкі; відмічається схильність до раннього облісіння; діафрагма, на відміну від астеників, стоїть високо.



Мал. 5.4. Конституціональні типи: нормостенік, астенік та гіперстенік.

Індекс маси тіла (ІМТ) обраховується за формулою:

$$I = \frac{m}{h^2}$$

m – маса тіла в кілограмах; h – зріст в метрах; I – вимірюється в $\text{кг}/\text{м}^2$.

Відповідність між масою, зростом людини та її індексом маси тіла зазвичай оцінюють таким чином:

Таблиця 2. Клінічна оцінка індекса маси тіла.

Індекс маси тіла	Відповідність між масою людини та її зростом
15 та менше	Гострий дефіцит маси
15-18,5 (іноді 15-20)	Недостатня маса тіла
18,5 - 25	Норма
25 - 30	Надлишкова маса тіла (гладкість)
30 - 35	Ожиріння першого ступеню
35 - 40	Ожиріння другого ступеню
40 та більше	Ожиріння третього ступеню

Дані, з'ясовані при обстеженні хворого, проведених антропометричних даних, записують в історію хвороби (див. Розділ 3 (3.1)).

Розділ 6. Температура тіла, правила її вимірювання та реєстрації. Догляд за хворими з гарячкою.

Під час оцінювання стану гомеостазу людині, в нормі реєструється постійна температура тіла, яка не залежить від температури навколишнього середовища. Температура тіла є результатом процесів терморегуляції, що забезпечуються досягненням рівноваги процесів теплоутворення та тепловіддачі.

Нормальна температура тіла здорової людини в паховій складці – 36,4-36,9°C, у порожнині рота – 37,1-37,3°C, у прямій кишці та вагіні – 37,3-37,5°C. Максимальна температура тіла, яку переносить людина – в межах 42-43°C. Мінімальна температура тіла, яку може перенести людина – 28°C. Протягом доби температура тіла здорової людини може коливатися до $\pm 1^\circ\text{C}$. Найвища температура тіла – о 16.00-18.00 годині, найнижча – о 3.00-6.00.

Верхньою межею нормальної температури, вимірюваної у паховій ямці, слід вважати 36,9°C, у вагіні – 37,5°C.

Нижньою межею нормальної температури тіла у паховій ямці слід вважати 36,0°C, у прямій кишці та вагіні – 36,8°C.

Гіпертермія – підвищення температури тіла понад вказані максимальні цифри. Гіпотермія – зниження температури нижче мінімальних величин.

Показники температури тіла залежить від типу харчування, фізичної навантаження, температури навколишнього середовища, емоційного стану людини, віку, періодів менструального циклу у жінок (температура тіла підвищується і може становити 36,9-37,1°C). В теплу пору року температура тіла може бути на 0,1-0,3°C вищою, ніж взимку.

В Україні прийнята температурна шкала за Цельсієм. В той же час, у багатьох країнах температура тіла визначається за Фаренгейтом.

Важливою є оцінка співвідношення між температурою тіла та частотою пульсу. Зазвичай при підвищенні температури тіла на 1°C частота пульсу прискорюється на 8-10 за 1 хв. Невідповідна високій температурі тіла прискореність пульсу може свідчити про наявність черевного тифу, менінгіту, енцефаліту.

6.1. Термометри. Вимірювання температури тіла та реєстрація.

Ртутний термомерер (мал. 6.1). Вимірювання температури тіла проводять за допомогою медичного термометра зі шкалою від 35 до 42 градуса за Цельсієм з поділками 0,1°C. Для зниження рівня ртуті в капілярі цей термометр потрібно декілька разів струснути.

Електронний термометр (мал. 6.2), як і ртутний градусник, вимірює температуру тіла контактним способом, тобто потрібний фізичний контакт між тілом пацієнта та датчиком температури.

Термометр на основі рідких кристалів (мал. 6.3). Його робота полягає у зміні забарвлення рідких кристалів при зміні температури. Це полімерна пластинка, вкрита емульсією з рідких кристалів. Для вимірювання температури тіла пластинку накладають на будь-яку частину тіла. При температурі 36-37°C на пластинці зеленим кольором висвітлюється літера «N» («Norma»), а при температурі більше 37°C – «F» («Febris» – гарячка).

Інфрачервоний вушний термометр (мал. 6.4). На термометр надівають наконечник у вигляді лійки і обережно вводять його у вушний канал на 1-2 хвилини. Термомерер працює за допомогою інфрачервоного сенсорного пристрою для визначення температури барабанної перетинки.



Мал. 6.1. Ртутний термомерер.



Мал. 6.2. Електронний термометр



Мал. 6.3. Термометр на основі рідких кристалів.



Мал. 6.4. Інфрачервоний вушний термометр

Температуру тіла треба вимірювати двічі на добу – вранці між 7.00-9.00 та ввечері між 17.00-19.00. В деяких випадках (при необхідності виявлення ревматизму, туберкульозу), температуру тіла треба вимірювати кожні 2-4 години. Зазвичай температура тіла вимірюється у паховій ямці.

Алгоритм визначення температури тіла в паховій ямці:

- перевірити рівень ртуті в термометрі. Якщо ртуть вище відмітки 34°C, струснути кілька разів термометр і ще раз перевірити рівень ртуті;
- шкіра в паховій ямці повинна бути сухою; якщо волога, треба витерти її рушником;
- кінець термометра з резервуаром ртуті помістити в пахову ямку і попросити хворого привести зігнуту в лікті руку до тіла і так тримати протягом 8 - 10 хв.;

- показники температури занести в температурний листок;
- термометр продезінфікувати.

Вимірювання температури у прямій кишці:

- покласти хворого на бік;
- резервуар термометра змастити вазеліном;
- увести резервуар термометра за сфінктер прямої кишки;
- через 5 хв. визначити показання термометра, дані занести в температурний листок;
- термометр продезінфікувати.

Дезінфекція термометра.

1. Індивідуальний термометр. Після вимірювання температури у ротовій порожнині, протерти двічі серветкою, змоченою 96% спиртом етиловим, продезінфікувати в 3% р-ні перекису водню.

2. Медичний термометр. Після вимірювання температури у ротовій порожнині замочити повністю у горизонтальному положенні в одному з дезрозчинів, на якому попередньо покласти шар вати, щоб не розбити резервуар з ртуттю:

3% р-н перекису водню – 80хв.

2,7% р-н дезфекту – 30хв.

1% р-н хлораміну – 15хв.

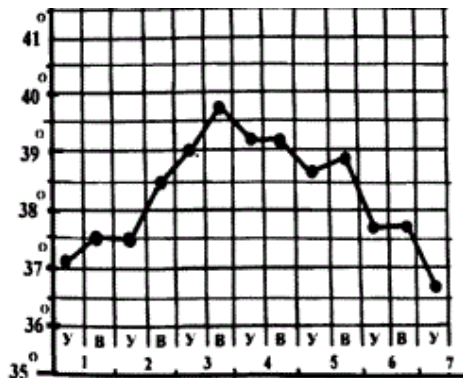
3. Медичні термометри, після ректального вимірювання температури, замочити на 60 хв. у 3% р-н хлораміну, після цього промити водою з милом і прополоскати під проточною водою.

4. Медичні термометри після використання в інфекційному відділенні лікарні чи хворим на туберкульоз, замочити у 5% р-ні хлораміну на 60 хв.

6.2. Оцінка результатів вимірювання температури тіла.

Реєстрація показників температури тіла. Після щоденного вимірювання температури тіла результати записують в температурний листок, який заводять на кожного хворого. Зазначають дату реєстрації температури, відмічають температуру вранці та ввечері. Результати вимірювання температури заносять у температурний листок графічно у

вигляді кривої. Після кожного вимірювання на відповідному рівні листка температурної сітки відмічають точки, що з'єднують прямими лініями. Отримана крива лінія виявляє коливання температури тіла за період спостереження за хворим.



Мал. 6.5. Приклад температурної кривої хворого.

Температурна крива – це графічне зображення коливань температури тіла при щоденному вимірюванні. Температурна крива є цінним джерелом інформації, так як дає наочне уявлення про перебіг хвороби та має нерідко істотне діагностичне і прогностичне значення в процесі лікування.

Залежно від ступеня підвищення температури розрізняють:

- субнормальну температуру – від $35,0^{\circ}\text{C}$ - $35,9^{\circ}\text{C}$;
- нормальну температуру – від $36,0^{\circ}\text{C}$ - $36,9^{\circ}\text{C}$;
- субфебрильну температуру – від 37°C до 38°C ;
- помірно підвищену (фебрильну) температуру – 38°C - 39°C ;
- висока (піритична) температура – від 39°C до 41°C ;
- надвисока (гіперпіретична) температура – понад 41°C .

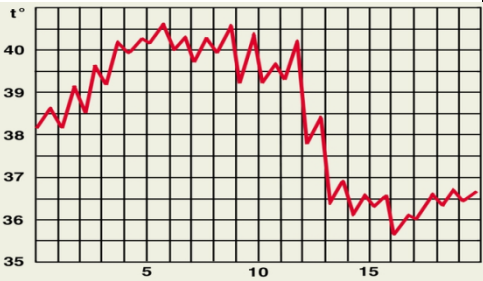
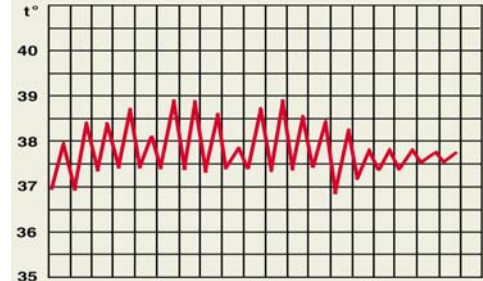
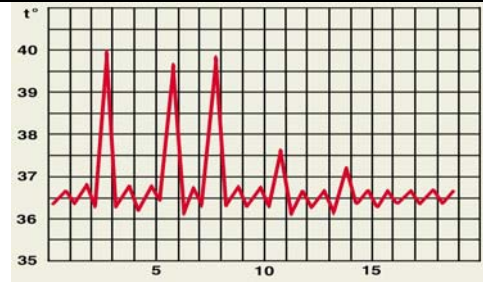
6.3. Гарячка. Догляд за хворими з гарячкою.

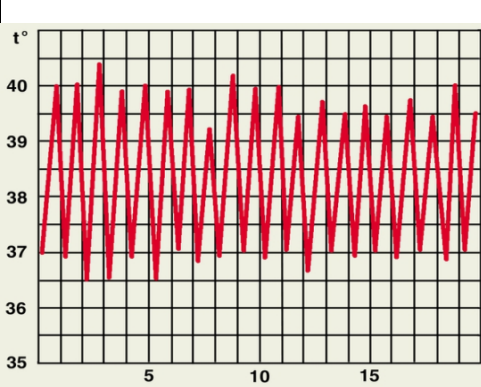
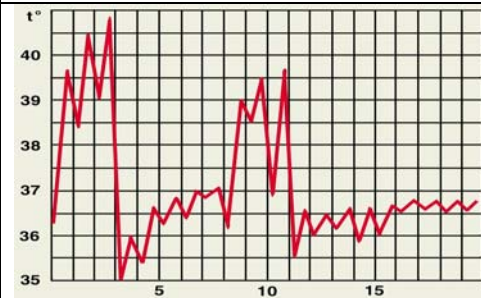
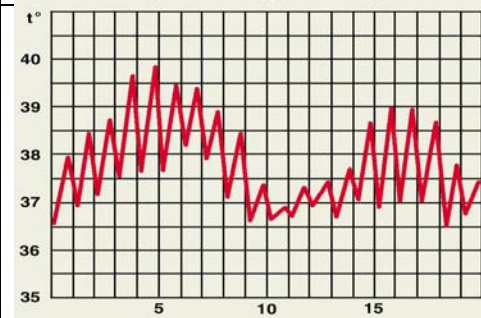
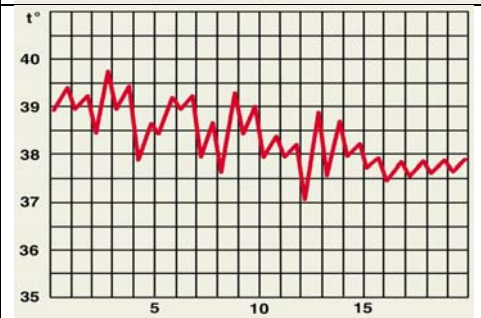
Гарячка – патологічний процес, який характеризується порушенням процесів терморегуляції та підвищенням температури тіла. Причиною підвищення температури тіла можуть бути: інфекційні захворювання; неінфекційні агенти при введенні сироваток, крові, кровозамінних білкових препаратів.

Залежно від тривалості температури розрізняють гарячку:

- **швидкоминуща** – триває декілька годин (трапляється при грипі, гострих респіраторних вірусних інфекціях);
- **гостра** – триває до 2 тижнів (притаманна для гострого бронхіту, пневмонії);
- **підгостра** – триває 15-45 днів (притаманна для ревматизму в стадії загострення, хронічного бронхіту);
- **хронічна** – триває понад 45 днів (притаманна для туберкульозу, хронічного тонзиліту, сепсису).

Таблиця 3. Типи температурних кривих.

Характеристика температурних кривих хворих на гарячку.	
Типи температурних кривих	Типи гарячки
	Гарячка постійного типу. Температура тіла встановлюється на високих цифрах, добові її коливання невеликі (не більше 1°C). Спостерігається при крупозній пневмонії, черевному тифі.
	Гарячка послаблюючого (ремітуючого) типу. Характеризується різницею між ранковою і вечірньою температурою, коливається в межах 1-2°C, а іноді більше. Вранці до норми не знижується. Типова для гнійничкових захворювань, вогнищевого запалення легенів.
	Гарячка переміжного (інтермітуючого) типу. Відбувається періодичне (від 1 до 3 діб) підвищення температури на декілька годин з наступним її зниженням до нормального рівня. Характерна для малярії.

	Гарячка гектичного (виснажуючого) типу. Характерно – тривала гарячка з добовими коливаннями температури в межах 4-5°C, з підвищенням до 40-41°C ввечері та вночі та ранковим падінням температури до субфебрильних та нормальних величин. Спостерігається при сепсисі, гноячкових захворюваннях, активному туберкульозі з розпадом легеневої тканини. Гарячка зворотного (інвертованого) типу. Подібна до гектичної, але максимум температури спостерігається вранці, а ввечері падає до нормальних або субфебрильних величин.
	Гарячка поворотного типу. Характерно – чергування кількадеденних гарячкових періодів з безгарячковими. Типова для поворотного тифу.
	Гарячка хвилеподібного типу (ундулююча). Властиве поступове підвищення температури протягом певного часу з наступним її літичним падінням та більш-менш безгарячковим періодом. Характерно для лімфогранульоматозу, бруцельозу.
	Гарячка нерегулярного типу. Вирізняється непевною тривалістю з неправильними та різноманітними добовими коливаннями температури тіла у вигляді постійної, послаблюючої, переміжної, зворотньої та інших гарячок та їх різних поєднань. Спостерігається при ревматизмі, хронічному бронхіті.

Догляд за хворими з гарячкою.

В клінічній практиці розрізняють три основні періоди гарячки: – зростання; – максимального підйому; – зниження температури. Кожний з цих періодів має свою клінічну картину, тому і догляд за хворим у кожний з них характеризується своїми особливостями.

В період зростання температури теплопродукція переважає над тепловіддачею. Тривалість цього періоду може бути кілька годин, кілька днів і навіть тижнів. При швидкому підвищенні температури хворий почуває себе найважче, що пов'язане з ознобом, болями та ломотою в усьому тілі. Хворого необхідно зігріти: вкрити, обкласти грілками, давати гаряче пиття (чай, кава).

У зв'язку зі зниженням апетиту у важкохворого, їжу йому треба давати часто (6-7 разів на добу), використовуючи для цього час, коли температура спадає.

В період максимального підйому температури хворому важливо вводити якомога більшу кількість рідини, тим більше, що хворі у період гарячки відчують спрагу й охоче п'ють. Адекватне введення рідини у великій кількості сприяє енергійному виведенню шкідливих речовин не лише через нирки, а й через шкіру та слизові оболонки (хворий рясно потіє).

Ураження нервової системи при гарячці, проявляється головним болем, безсонням, підвищеною стомлюваністю. Під час догляду за пацієнтами на гарячку необхідна підвищена увага медичного персоналу.

Догляд за ротовою порожниною хворого на гарячку полягає у витиранні зубів та змочуванні ротової порожнини, після чого тріщини на губах і язиці змащують вазеліновим маслом.

Можуть спостерігатися порушення функції кішківника, а саме запори, проноси. Медична сестра має повідомити лікаря про всі симптоми. Особливо важливим є догляд за шкірою (своєчасна зміна білизни, обтирання, запобігання пролежнів), що сприяє посиленню її видільної функції. З метою полегшення головного болю застосовують холод на голову.

Можливі порушення функції серцево-судинної системи та дихання виявляються у зниженні артеріального тиску і прискоренні пульсу та дихання відповідно до рівня підвищення температури. Медична сестра за показниками пульсу і диханням повинна вміти визначити ступінь важкості стану хворого й відповідно посилити свою увагу до нього.

За умови швидкого зниження температури нижче нормального рівня, може спостерігатися раптове різке погіршення стану хворого. Може виникнути слабкість, спрага, відчуття холоду та озноб. Відзначається блідість шкіри хворого, шкіра вкривається холодним потом, руки та ноги стають холодними. Артеріальний тиск може знижуватися, пульс є частим,

дихання також прискорюється та стає поверховим. Зіниці розширюються. Може розвинутися гостра судинна недостатність – колапс.

Пацієнту за умови *розвитку стану колапсу* треба надавати невідкладну медичну допомогу. Медичний персонал повинен визначити невідкладний стан за зовнішнім виглядом пацієнта, результатами загального огляду, показниками пульсу, частоти дихання, поведінки хворого та повідомити про невідкладний стан лікаря. Необхідно зігріти пацієнта грілками і давати йому теплі напої. За умови поліпшення стану хворого, його обтирають вологою серветкою та змінюють білизну.

Розділ 7. Визначення основних показників гемодинаміки та дихання.

7.1. Визначення та характеристики пульсу.

Пульс – визначається за коливаннями стінок артерій внаслідок плину крові в судинах організму людини, зміни тиску в судинах під час скорочення серця. Основні характеристики пульсу залежать від діяльності серця, еластичності стінок судин. Характеристики пульсу здорової людини можуть змінюватися при психоемоційному збудженні, фізичному навантаженні, зміні температури зовнішнього середовища, впливу медикаментів, прийому алкоголю.

Дослідження пульсу проводиться методом пальпації в місцях поверхневого розміщення артерій. Пульс визначають на артеріях: сонній, скроневій, стегновій, підключичній, плечовій, променевої, підколінній, задній великій гомілковій та артеріях тилу стопи. Зазвичай пульс визначають методом пальпації на променевої артерії між шилоподібним відростком променевої кістки і сухожилком внутрішнього променевого м'язу (мал.7.1).



Мал. 7.1. Дослідження пульсу методом пальпації.

Починають обстеження з оцінки симетричності пульсу за допомогою визначення його характеристик одночасно на обох руках. При обстеженні руки пацієнта розташовані на рівні серця, медичний працівник бере руки пацієнта у ділянці променево-зап'ясткового суглоба великим пальцем зовні та знизу, а безіменним, середнім та вказівним пальцями – зверху. Відчувши пульсуючу артерію, проводять помірне притискання артерії до внутрішньої поверхні променевої кістки. Якщо пульс однаковий на обох руках, обстеження продовжують на одній руці. Визначають ритм, частоту, наповнення й напруження пульсу. При виявленні різниці в наповненні пульсу між правою та лівою руками (аномалії розвитку, звуження або здавлювання однієї з артерій), обстеження проводять на тій променевої артерії, де пульсові хвилі чіткіші.

Ритм пульсу оцінюють за регулярністю пульсових хвиль, які виникають одна за одною. Якщо пульсові хвилі з'являються через однакові проміжки часу, це свідчить про правильний ритм (ритмічний пульс): при різних інтервалах між пульсовими хвилями ритм пульсу неправильний (не ритмічний, аритмічний пульс). У здорової людини серце скорочується ритмічно, з однаковими інтервалами між пульсовими хвилями. Іноді виявляють дихальну аритмію – збільшення частоти пульсу під час вдиху й уповільнення під час видиху, яка зникає при затримці дихання.

Частота пульсу – це кількість пульсових коливань за 1 хв, вона залежить від діяльності серця. У здорової людини кількість пульсових хвиль відповідає частоті серцевих скорочень і становить 60-80 за 1 хвилину. Дослідження частоти пульсу проводять зазвичай протягом 30 секунд і одержане число множать на 2. У випадку, коли реєструють аритмічний пульс, його рахують протягом однієї хвилини. Частоту пульсу більше 90 ударів за одну хвилину називають *тахікардією*, а частоту менше ніж 60 за одну хвилину – *брадикардією*.

Частота пульсу здорової людини залежить від багатьох чинників: віку – найбільша частота пульсу в перші роки життя; статі – у жінок пульс за хвилину на 5-10 ударів частіший, ніж у чоловіків; від фізичного навантаження і психічного стану (страх, гнів, біль) пульс прискорюється, а під час сну сповільнюється. За умови патологічного стану причиною тахікардії може бути підвищення температури тіла (підвищення температури тіла на 1°C прискорює пульс на 8-10 за 1 хвилину). Брадикардію спостерігають у пацієнтів, які одужують після тяжких інфекційних

захворювань, захворювань мозку, з ушкодженням провідникової системи серця.

Напруження пульсу – це ступінь опору стінки артерії натисканню пальцем. Напруження пульсу залежить від тиску крові в артерії, який зумовлений діяльністю серця та тонусом судинної стінки. При захворюваннях, що супроводжуються підвищенням тонусу артерії, наприклад, гіпертонічній хворобі, судину здавити важко – такий пульс називають *напруженим* або *твердим*. При різкому зниженні тиску в судинах при колапсі – пульс *м'який* (достатньо легкого натискування на артерію і пульс зникає).

Наповнення пульсу – це ступінь наповнення кров'ю артерії в період систоли серця, що залежить від величини серцевого викиду, тобто від кількості крові, яку викидає серце в судини під час свого скорочення. Для визначення наповнення пульсу спочатку натискають проксимально розміщеним пальцем на стінку артерії так, щоб дистально розміщений палець зміг визначити характер артерії, коли вона не наповнена кров'ю, а потім натискування проксимально розміщеним пальцем припиняють й отримують пальпаторне відчуття в момент максимального наповнення артерії кров'ю. За ступенем наповнення артерії розрізняють *повний* і *порожній* пульс. У разі доброго наповнення під пальцями відчувається *висока пульсова хвиля*, а у разі поганого – *низька*.

Величина пульсу. Величина пульсового поштовху об'єднує наповнення і напруження пульсу. Вона залежить від ступеня розширення артерії у період систоли і від її спадання у період діастоли. Це своєю чергою залежить від наповнення пульсу, величини коливання тиску в судинах і еластичності судин. При збільшенні ударного об'єму крові, значному коливанні тиску і зниженні тонусу стінки артерії величина пульсової хвилі зростає і пульс стає *великим* або *високим*. Зменшення ударного об'єму крові, низька амплітуда коливань тиску, підвищення тонусу стінки артерії зменшують величину пульсових хвиль – *малий пульс*. При гострій серцевій недостатності, шоку, значній крововтраті величина пульсу стає такою незначною, що його ледве можна визначити – це *ниткоподібний пульс*.

Форма (швидкість) пульсу – це швидкість зміни об'єму артерії, що пальпується. Швидке розтягнення стінки артерії і таке само швидке її спадання визначають *швидкий пульс*, а повільне підіймання та повільне спадіння пульсової хвилі – *повільний пульс*.

Реєстрація пульсу. Частоту, ритм, наповнення і напруження пульсу записують щодня в медичній карті хворого, а на температурному листку частоту пульсу позначають червоним кольором із наступним зображенням у вигляді кривої лінії, так само, як температуру тіла (див. Розділ 6(6.2)).

При визначенні пульсу у хворого на захворювання серцевого м'яза або провідної системи серця, найчастіше виявляється екстрасистолія та миготлива аритмія. *Екстрасистолія* – характеризується виникненням між двома черговими скороченнями серця додаткової систола (екстрасистола). Пауза між скороченнями серця, що виникає за екстрасистою (компенсаторна пауза), є значно довшою за звичайну.

Миготлива аритмія характеризується наявністю нерегулярного ритму і різним наповненням пульсу, пульсові хвилі виникають хаотично. Часто при миготливій аритмії розвивається дефіцит пульсу, при якому не всі серцеві скорочення виштовхують в артерії достатню кількість крові, а деякі скорочення настільки слабкі, що пульсова хвиля не досягає периферійних артерій і не визначається пальпаторно. Тому при миготливій аритмії обов'язково треба порахувати спочатку частоту серцевих скорочень, а потім частоту пульсу на променевій артерії – різниця між цими двома показниками і визначає дефіцит пульсу.

7.2. Визначення та характеристики артеріального тиску.

Артеріальний тиск (АТ) – це тиск крові на стінки кровоносної судини або порожнини серця. Вимірювання АТ є важливим діагностичним методом, який відображує силу скорочення серця, приплив крові в артерії, опір та еластичність периферійних судин. На рівень АТ впливає величина та швидкість серцевого викиду, частота і ритм серцевих скорочень, периферійний опір стінок артеріол. АТ в артеріях у період систоли шлуночків та під час максимального підвищення пульсових хвиль називається *систолічним*, а тиск, який підтримується в артеріях у період діастоли внаслідок зниження їхнього тону – *діастолічним*. Різницю між систолічним і діастолічним тиском називають **пульсовим тиском**.

Методи вимірювання АТ є *прямі* та *непрямі*. Прямі методи вимірювання АТ застосовують у кардіохірургії. У клінічній практиці загальноприйнятим є *аускультативний метод*, що його виконують за допомогою ртутного, мембранного або електронного сфігмоманометра. Сфігмоманометр складається з манжети завширшки 14 см, яка під час накачування повітря здавлює артерію; манометра та гумової груші, за

допомогою якої накачують повітря у манжету. Манжети бувають стандартного розміру та спеціальні (дитячі, великі для пацієнтів зі збільшеною вагою). Для визначення артеріальних тонів застосовують фонендоскоп (мал. 7.2).



Мал. 7.2. Вимірювання артеріального тиску.

Умови дослідження артеріального тиску:

- Впродовж 30 хвилин до вимірювання АТ не палити, не вживати спиртних напоїв, міцного чаю, кави, ліків з кофеїном, адреностимуляторів.
- Протягом 1 години до вимірювання АТ не займатися спортом.
- При проведенні лікування антигіпертензивними препаратами вимірювання АТ потрібно проводити після закінчення їх дії перед уживанням наступної дози.
- При першому дослідженні АТ вимірювання проводити на обох руках, надалі – на тій руці, де тиск вищий.
- При реєстрації однакового рівня АТ на обох руках – вимірювати на правій руці.

Методика вимірювання артеріального тиску:

1. Вимірювання проводять у тихому приміщенні, після 5 хвилин відпочинку.
2. Пацієнт лежить або сидить у зручному розслабленому стані (напруження м'язів кінцівок, черевного преса призводить до підвищення АТ).
3. Вимірювання проводять спочатку на правій руці, звільнивши руку від тісного одягу.

4. Рука досліджуваного по можливості має бути на рівні його серця.
5. Якщо діаметр руки вище ліктя менший 42 см, використовують стандартну манжету, якщо більший 42 см, спеціальну.
6. Манжету прикріплюють на 2-3 см вище від ліктьового згину, манжета має щільно облягати руку, але не тиснути.
7. Гумова трубка, що з'єднує манжету з апаратом і балоном, має міститися латерально стосовно досліджуваного.
8. Нагнітаючи повітря в манжету, пальпують пульс на променевій артерії і стежать за стовпчиком ртуті або стрілкою манометра, після зникнення пульсу тиск підвищують на 20-30 мм рт. ст.
9. Швидкість зниження тиску в манжеті становить 2 мм рт. ст. за секунду (при аритміях потрібна повільна декомпресія, тому що можливий аускультативний інтервал 5-10 мм рт. ст.).
10. Систолічний АТ визначають у період появи пульсації, діастолічний – у період зникнення пульсації.
11. Визначають результат вимірювання по найближчій парній цифрі з точністю 2 мм рт. ст., що становить одну поділку шкали.
12. АТ вимірюють двічі з інтервалом 2-3 хвилини, за рівень АТ у досліджуваного вважати середню цифру із двох вимірювань.

Результати вимірювання АТ щодня записують в історію хвороби та реєструють у температурному листку (шкала «АТ») у вигляді стовпчиків: систолічний тиск зображують червоним стовпчиком, а діастолічний – синім (одна поділка на шкалі «АТ» становить 5 мм рт. ст.).

У нормі рівень АТ – у межах від 100/60 до 139/89 мм рт. ст. Залежно від різних фізіологічних процесів (втома, збудження, споживання їжі тощо) рівень АТ може змінюватися. Його добові коливання – у межах 10-20 мм рт. ст. Уранці тиск дещо нижчий, ніж увечері. З віком АТ трохи підвищується. Підвищення АТ понад норму вище 140/90 мм рт. ст. називають *артеріальною гіпертензією*, а зниження – *артеріальною гіпотензією*.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – хронічне захворювання, при якому головною діагностичною ознакою (симптомом) є стійке підвищення гідралічного тиску у артеріальних судинах великого кола кровообігу. Передбачає наявність високого кров'яного тиску, якщо він постійно перебуває на рівні 140/90 мм рт.ст. або вище.

Таблиця 4. Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ

Категорії	САТ мм рт. ст.	ДАТ мм рт. ст.
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	120-129	80-84
Високий нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія: 1 ступінь	140-159	та /або 90-99
2 ступінь	160-179	та/або 100-109
3 ступінь	≥ 180	та /або ≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≥ 140	< 90

Артеріальна гіпотензія (гіпотонічна хвороба, гіпотонія) – стан, який характеризується зниженням систолічного артеріального тиску нижче 100 мм рт.ст., діастолічного – нижче 60 мм рт.ст. Іноді цей стан може бути в основі самостійної хвороби, також може бути симптомом багатьох захворювань.

Зниження АТ нижче норми є важливою діагностичною ознакою гострої судинної недостатності у вигляді непритомності, колапсу, шоку.

Непритомність – раптова короткочасна втрата свідомості, спричинена ішемією головного мозку. Інколи непритомності передують напівнепритомний стан – раптова слабкість, запаморочення, потемніння в очах, дзвін у вухах, нудота; потім пацієнт опритомніє.

Колапс – гостра судинна недостатність, зумовлена вираженим і тривалим зниженням тону судин і зменшенням ОЦК. Колапс є безпосередньою загрозою життю хворого і потребує негайної терапії. Клінічна картина колапсу: раптовий початок, скарги на сильну слабкість і мерзлякуватість, у хворого «обличчя Гіппократа» (змарніле, запалі очі, блідо-землисте забарвлення шкіри, вона ціанотична, суха), пасивне положення хворого в ліжку, байдужість до всього, що його оточує; кінцівки холодні із ціанотичним відтінком (периферійна ознака колапсу), дихання дуже часте, поверхневе, пульс тяж дуже частий, слабкого наповнення й напруженості (ниткоподібний), вени спадаються, АТ різко знижений.

Причиною колапсу може бути кровотеча, захворювання серцево-судинної системи, інфекційні захворювання (харчова токсикоінфекція, пневмонія).

Під час колапсу і шоку спостерігають тривале зниження АТ, тахікардію, периферійні ознаки порушення кровообігу.

Перша долікарська допомога при критичних змінах АТ.

Перша долікарська допомога при підвищенні артеріального тиску:

- виміряти АТ і визначити основні параметри пульсу;
- викликати лікаря;
- покласти хворого у ліжку з припіднятим підголовником і забезпечити йому повний фізичний і психічний спокій;
- забезпечити доступ свіжого повітря (можна інгаляцією кисню);
- поставити гірчичники на потилицю і литкові м'язи;
- зробити гарячі або гірчичні ножні ванни, теплі ванни для рук, покласти холодний компрес до голови;
- приготувати необхідні лікарські препарати.

Після кризи змінити пацієнту натільну білизну, пояснити йому, що після застосування гіпотензивної терапії слід полежати протягом 2-3 год., щоб запобігти колапсу. Продовжувати періодично вимірювати АТ протягом 2-3 год.

Перша долікарська допомога при зниженні артеріального тиску.

Різке зниження артеріального тиску може викликати у хворого непритомний стан. *Причинами непритомності* можуть бути анемія, вади серця, блокада серця, різка зміна положення тіла, перебування у положенні стоячи протягом тривалого часу, негативні емоції, сильний біль, голодування.

Основні клінічні симптоми: втрата свідомості; блідість та вологість шкіри; рідке поверхнєве дихання, знижений АТ, пульс слабого наповнення та напруження; зіниці помірно розширені, жваво реагують на світло.

Перша допомога при непритомності:

- хворому потрібно надати горизонтального положення з припіднятими до 45° ногами;

- забезпечують доступ свіжого повітря;
- звільняють шию та груди від тісного одягу;
- збризкують обличчя холодною водою;
- дають понюхати ватну кульку, змочену нашатирним спиртом;
- поплескують по щоках.

Причинами колапсу може бути крововтрата, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, інфекційні та гострі запальні захворювання, травми, медикаментозна алергія.

Перша допомога при колапсі:

- усувають причини колапсу (зупиняють кровотечу, видаляють отруту з організму);
- хворого зігрівають;
- дають дихати киснем;
- у горизонтальному положенні хворого швидко транспортують у відповідне відділення лікарні;
- вводять ліки, які підвищують АТ (адреналін, мезатон, глюкокортикоїди) за призначенням лікаря.

Методика зупинки кровотечі з артеріальних та венозних судин, накладання кровоспинного джгута наведена в Розділі 14.

7.3. Визначення та характеристики дихання. Перша долікарська допомога при захворюваннях органів дихання.

Дихання характеризується частотою, ритмом, глибиною, періодичністю. У нормі дихання беззвучне і непомітне для оточуючих. Зазвичай людина дихає через ніс із закритим ротом. У дорослої людини в стані спокою частота дихання (ЧД) становить 16-20 за хвилину, причому вдих вдвічі коротший за видих.

При захворюваннях органів дихання потрібно стежити за частотою, глибиною та ритмом дихання хворих.

Частота дихання. ЧД залежить від віку, статі, положення пацієнта. У дорослої людини в спокої ЧД становить 16-20 за хвилину, у жінок ЧД трохи більше, ніж у чоловіків. У немовлят ЧД сягає 40-45 за хвилину, з віком вона зменшується і до 20 років сягає ЧД дорослої людини. У положенні стоячи ЧД більше (18-20), ніж у положенні лежачи (12-14). У спортсменів ЧД становить

8-10 за хвилину. Зміна дихання за частотою: часте – *тахіпное*, рідке – *брадипное*.

Визначають ЧД підраховуючи рухи грудної або черевної стінки протягом 1 хв. Це роблять непомітно для хворого, тримаючи його руку, як для підрахунку пульсу. Отримані результати щодня заносять до температурного листка олівцем синього кольору у вигляді графіка ЧД.

Тахіпное – часте дихання, зумовлене дисфункцією дихального центру, у фізіологічних умовах (хвилювання, фізичне навантаження, споживання їжі). Воно короткочасне й швидко минає після припинення провокуючого чинника. Причинами патологічного тахіпное можуть бути: ураження легенів, що супроводжується зменшенням їх дихальної поверхні; зменшенням екскурсії легенів внаслідок зниження еластичності легеневої тканини; порушенням газообміну в альвеолах (накопиченням вуглекислоти в крові); поразка бронхів, яка супроводжується утрудненням доступу повітря в альвеоли і частковим або повним закупорюванням їх просвіту; ураження дихальних м'язів і плеври, що супроводжується утрудненням скорочення міжреберних м'язів і діафрагми внаслідок різкого болю; паралічем діафрагми; підвищенням внутрішньочеревного тиску, що є однією з причин зниження дихальної екскурсії легень; ураження ЦНС, зумовлене інтоксикацією і порушенням дихального центра; патологія серцево-судинної системи й органів кровотворення, що супроводжується розвитком гіпоксемії. Найчастіше часте дихання зумовлене поєднанням декількох причин.

Брадипное – уповільнене дихання, зумовлене зниженням збудливості дихального центра. Фізіологічне брадипное можна спостерігати під час сну, гіпнозу. Патологічно сповільнене дихання спостерігають у разі пригнічення дихального центра і зниження його збудливості. Брадипное спричинене низкою причин, насамперед ураженням ЦНС: підвищення внутрішньочеревного тиску (пухлина мозку, грижі); порушення гемодинаміки і розвиток гіпоксії (інсульт, набряк мозку, агонія); екзо- та ендоінтоксикація (менінгіт, уремія, печінкова і діабетична кома); застосування анестетиків та інших лікарських препаратів (отруєння морфієм). Брадипное рідше спостерігають при хронічних обструктивних захворюваннях легень (хронічний обструктивний бронхіт, емфізема легень, бронхіальна астма). Різновидом сповільненого дихання є *стридорозне* – повільне гучне дихання, зумовлене різким здавлюванням гортані (пухлиною, зобом, набряком гортані, рідше – аневризмою аорти).

Глибина дихання. Глибину дихання визначають за обсягом вдихуваного і видихуваного повітря в спокійному стані. У здорової людини у фізіологічних умовах об'єм дихального повітря становить 500 мл. Залежно від зміни глибини дихальних рухів розрізняють поверхнєве і глибоке дихання. *Поверхнєве дихання (гіпонное)* спостерігають при патологічному почастищенні дихання за рахунок скорочення обох фаз дихання (вдиху й видиху). *Глибоке дихання (гіперпноє)* частіше поєднується з патологічно сповільненим диханням. Наприклад, «велике дихання Куссмауля» або «повітряний голод» – рідке, глибоке, гучне дихання, зумовлене розвитком метаболічного ацидозу з подальшим подразненням дихального центра кислими продуктами; спостерігають у хворих із діабетичною, уремічною і печінковою комою.

Ритм дихання. Дихання здорової людини ритмічне, однакової глибини, тривалості й чергування фаз вдиху й видиху. При ураженні ЦНС дихання стає аритмічним: окремі дихальні рухи різної глибини бувають то частіші, то рідші. Іноді під час аритмічного дихання через певну кількість дихальних рухів з'являється подовжена пауза або короткочасна затримка дихання (апное). Таке дихання називається періодичним. До нього належать такі патологічні типи дихання: Чейна-Стокса, хвилеподібне дихання Грокко і дихання Біота.

Дихання Чейна-Стокса – періодичне патологічне дихання, що характеризується тривалою (від кількох секунд до 1 хв) дихальною паузою (апное), після якої безшумне поверхнєве дихання швидко наростає за своєю глибиною, стає гучним і досягає максимуму на 5-7-му вдиху, потім у тій же послідовності убуває і закінчується наступною короткочасною паузою (апное). Хворий під час паузи погано орієнтується в навколишньому просторі або повністю непритомніє, після відновлення дихальних рухів він приходить у себе. Дихання Чейна-Стокса зумовлене зниженням збудливості дихального центру, гострою або хронічною недостатністю мозкового кровообігу, гіпоксією мозку, посиленою інтоксикацією. Часто трапляється уві сні в людей похилого віку з вираженим церебральним атеросклерозом; у хворих із хронічною недостатністю мозкового кровообігу, хронічною нирковою недостатністю (уремія); при вживанні наркотичних засобів (морфіну) або алкогольної залежності.

«Хвилеподібне дихання» Грокко або дисоційоване дихання характеризується хвилеподібною зміною глибини дихання й відрізняється від дихання Чейна-Стокса відсутністю періодів апное. Дихання Грокко

зумовлене ураженням координаційного центра дихання, спричинене хронічним порушенням мозкового кровообігу. Частіше спостерігають при абсцесі головного мозку, менінгіті, пухлині мозку.

Дихання Біота – періодичне патологічне дихання, характеризується ритмічними, але глибокими дихальними рухами, що чергуються через однакові проміжки часу з тривалою (від декількох секунд до півхвилини) дихальною паузою. Дихання Біота зумовлене глибоким розладом мозкового кровообігу і спостерігається у хворих менінгітом та в стані агонії.

Таким чином, виявлені порушення частоти, ритму, глибини дихання і поява патологічних форм (Чейна-Стокса, Біота, Грокко, Куссмауля) є характерними симптомами ураження дихальної системи.

Задишка – відчуття нестачі повітря, що супроводжується порушенням частоти, ритму й глибини дихання, в основі якого лежить розвиток гіпоксії тканин. Тому при порушенні дихання, розвитку дихальної недостатності пацієнту потрібно визначити сатурацію (SpO_2 – насиченість крові кислородом) за допомогою пульсоксиметра (мал. 7.3).



Мал. 7.3. Визначення сатурації

Розрізняють фізіологічну і патологічну задишку.

Фізіологічна задишка – це компенсаторна реакція організму з боку дихальної системи у відповідь на значне фізичне або емоційне навантаження; проявляється частим і глибоким диханням, короткочасна, минає самостійно у спокої протягом 3-5 хв і не спричиняє неприємних відчуттів.

Патологічна задишка – більш стійке порушення частоти, ритму й глибини дихання, що супроводжується неприємними відчуттями (стиснення в грудях, відчуття нестачі повітря), зумовлена ураженням різних органів і систем, передусім, дихальної і серцево-судинної.

Патологічну задишку розрізняють: стосовно хворого – суб'єктивна, об'єктивна, змішана; за часом появи – постійна, тривала, нападоподібна або пароксизмальна; структурою дихального циклу – інспіраторна, експіраторна, змішана.

Клінічно задишка може проявлятися суб'єктивними й об'єктивними ознаками, тому розрізняють суб'єктивну, об'єктивну і змішану задишку. *Суб'єктивна задишка* – порушення дихання, що проявляється суб'єктивним відчуттям стиснення в грудях, нестачею повітря, утрудненим вдихом або видихом – характерна для істерії, неврастенії. *Об'єктивна задишка* – порушення дихання, що проявляється переривчастою мовою (хворий під час розмови ловить ротом повітря), тахіпное (ЧД більше 30 за хвилину), порушенням ритму дихання, участю в диханні допоміжних м'язів (напруженість шийних і трапецієподібних м'язів), появою ціанозу – спостерігають при захворюваннях легень, серця, ЦНС, м'язової системи.

Астма (ядуха) – гострий напад задишки, зумовлений різким порушенням дихального центра. Це об'єктивна ознака гострої дихальної недостатності внаслідок раптового спазму, набряку слизової оболонки бронхів або потрапляння стороннього тіла в дихальні шляхи. Головним і характерним клінічним проявом астми є раптове її виникнення, інтенсивність, відчуття нестачі повітря; швидке наростання об'єктивних ознак дихальної недостатності – дифузний ціаноз, набряк шийних вен, тахіпное більше ніж 30 за хвилину; вимушене положення – ортопное з упором на руки (бронхіальна астма) і без упору на руки (сердечна астма).

Перша долікарська допомога при нападі астми:

- посадити хворого або допомогти йому набути напівсидячого положення;
- звільнити грудну клітку від одягу, що здавлює;
- забезпечити приплив свіжого повітря й кисню;
- покласти грілку до ніг;
- повідомити лікаря й виконати всі його призначення щодо надання невідкладної допомоги.

Кашель – це рефлексорно-захисний акт у вигляді поштовхоподібного форсованого видиху у відповідь на подразнення рецепторів дихальних шляхів і плеври. Кашель важливий симптом ураження органів дихання. За ритмом виокремлюють постійний, періодичний і нападоподібний кашель. За

тембром виділяють кашель: обережний, гавкучий, сиплий, беззвучний. Розрізняють кашель непродуктивний (сухий без мокротиння) і продуктивний (вологий із мокротинням). За часом появи розрізняють кашель: ранковий, вечірній і нічний.

Перша долікарська допомога при кашлі:

- надати хворому зручного положення (сидячи або напівлежачи), при якому зменшується кашель;
- дати тепле пиття (молоко з натрію гідрокарбонатом або з мінеральною водою типу боржомі);
- тепло вкрити, щоб запобігти переохолодженню;
- забезпечити надходження свіжого повітря;
- якщо кашель супроводжується виділенням значної кількості харкотиння, декілька годин на добу хворому надавати дренажне положення, що сприяє кращому відходженню харкотиння;
- навчити хворого правильно поводитися з харкотинням: збирати тільки в плювальницю або баночку з щільною кришкою.

Розділ 8. Застосування основних видів лікарських засобів. Зовнішнє та внутрішнє застосування лікарських засобів.

Один із найважливіших методів лікування захворювань людини є застосування з цією метою лікарських засобів – медикаментів, або фармацевтичних препаратів.

Лікарські засоби вводять різними методами:

1. Зовнішній (втирання, змазування, аплікації, присипання).
2. Внутрішній, або ентеральний: через рот, через пряму кишку, під язик, через шлункову фістулу.
3. Інгаляційний.
4. Через слизові оболонки (введення ліків в кон'юнктивальний мішок, ніс та зовнішній слуховий прохід).
5. Парентеральний, тобто шляхом ін'єкції (внутрішкірної, підшкірної, внутрімязової, внутрівенної, внутріартеріальної, внутріплевральної, внутрісуглобової, внутріспиномозкової).

8.1. Зовнішнє застосування лікарських засобів.

Втирання лікарських речовин – спосіб введення лікарських препаратів через шкіру без порушення її цілості. Під впливом розминання шкіра розігрівається, в ній посилюється крово- та лімфообіг, розширюються вивідні протоки сальних та потових залоз, через які речовина легко всмоктується.

Показання: розлади крово- та лімфообігу, розлад функції периферичних нервових розгалужень у шкірі, трофічні процеси, паразитарні захворювання шкіри (короста), гніздове облісіння (алопеція). Для впливу на прилеглі тканини. Гострі та хронічні ураження м'язів, периферичних нервових стовбурів, лімфаденіти, затяжні та хронічні запалення суглобів. Лікарські форми: рідини (саліцилати), мазі (ртутна, сірчана, різні бальзами). Втирання зазвичай проводять у тих ділянках, де шкіра є найбільш тонкою (згинальна поверхня передпліччя, задня поверхня стегон, бокові поверхні грудної клітки, живіт, скроні) і де відсутній волосяний покрив (якщо він є, то його збривають). Цю процедуру зазвичай виконують на ніч. Шкіру в ділянці втирання лікарської речовини ретельно миють теплою водою з милом. На шкіру накладають необхідну кількість лікарської речовини, рівномірно розподіляють її по поверхні; коловими рухами пальців речовину втирають у шкіру, поки остання не стане сухою. Потім на це місце накладають не тугу бинтову пов'язку. Протипоказання: важкі ураження шкіри (пролежні, екземи, мацерації, фурункули, карбункули, гноячковий висип).

Змазування – це нанесення різних мазей, паст на уражені ділянки шкіри. Мазь або пасту накладають на уражену шкіру за допомогою шпателя або марлевого тампона, розподіляючи її рівномірним шаром. Якщо застосовують суспензію, перед вживанням її необхідно збовтувати. Якщо треба змазати волосисту частину тіла, волосся можна вистригти. Якщо цього зробити не можна, то змазують шкіру в напрямку росту волосся. При гноячкових висипах змазують навколо вогнищ ураження в напрямку від периферії до центру.

Мазьові пов'язки використовують, якщо необхідний тривалий вплив лікарської речовини на шкіру. Невелику кількість мазі накладають на марлеву серветку або безпосередньо на уражену ділянку. Марлеву серветку прикривають компресним папером, а потім ватою. Пов'язку щільно бинтують або фіксують лейкопластиром. Таку пов'язку можна тримати протягом 12-24 годин.

Волого-висихаючі пов'язки. Стерильну марлеву серветку, що складається з 8-10 шарів, змочують лікарською речовиною, відтискають і накладають на уражену ділянку шкіри. Зверху кладуть компресний папір та забинтовують. Потрібно знати, що вату прикладати не рекомендується, бо вона уповільнює висихання. Якщо пов'язка висохла і самотійно не відходить, її треба відмочити тією самою лікарською речовиною. Показання: гострі запальні ураження шкіри, які супроводжуються мацерацією, екзема.

Припудрювання та присипання. Застосовують різні індиферентні присипки та пудри: рисова пудра, порошок оксиду цинку, борна кислота, тальк (кремнієво-магнієва сіль), крохмаль. Чистий ватний тампон занурюють у присипку чи пудру, присипають чи припудрюють уражене місце, злегка торкаючись його ватним тампоном. Оброблене місце прикривають тонким шаром марлі та забинтовують. Показання: для зменшення подразнення шкіри, поприрістості, надмірного потіння, особливо у закритих місцях; підсушування та дезінфекції уражених ділянок шкіри.

8.2. Ентеральне (внутрішнє) застосування лікарських засобів.

Ентеральний шлях – введення ліків через шлунково-кишковий тракт (enteron – кишка) включає приймання їх «sub lingua», «per os», «per rectum». Ці способи розташовані відповідно до швидкості дії ліків в організмі. Найшвидше діють ліки при введенні їх під язик.

Сублінгвальне (sub lingua – під язик) застосування ліків забезпечує їх швидке і повноцінне всмоктування завдяки активній всмоктувальній властивості слизової оболонки рота. Сублінгвально приймають лікарські засоби швидкої дії, наприклад, нітрогліцерин, валідол.

Перорально (per os) – введення лікарських препаратів через рот. Цей спосіб є найпоширенішим, бо має значні переваги, а саме: є найбільш фізіологічним; зручним у користуванні; дає змогу застосовувати різні лікарські форми; в деяких випадках, коли треба безпосередньо впливати на травний шлях, він стає незамінним. Цей метод зручний і простий у застосуванні, не вимагає створення додаткових умов, складних апаратів або пристроїв.

При пероральному введенні в організм лікарських засобів слід враховувати такі **особливості**:

- при порушенні акту ковтання лікарські препарати необхідно вводити в шлунок у рідкій формі через зонд;

- при запальних захворюваннях шлунку лікарські препарати слід вживати після приймання їжі;
- препарати із стимулюючою дією на секрецію травних залоз приймати під час їжі;
- препарати, які пригнічують секрецію травних соків доцільно вживати безпосередньо перед прийманням їжі.

Однак цей метод введення ліків в організм має **недоліки**:

- тривалий період від моменту приймання препарату до його надходження в кров і безпосередньо до патологічного вогнища внаслідок повільного всмоктування лікарського засобу із травного каналу;
- значна ймовірність руйнування лікарських засобів ферментами травних залоз;
- складності у забезпеченні необхідної концентрації лікарського засобу в крові;
- вірогідність подразнення окремими препаратами травного каналу;
- труднощі або неможливість введення цим методом ліків хворим з порушеним актом ковтання, після операцій у ротовій порожнині, стравоході, шлунку, або на прямій кишці;
- ускладнення при введенні ліків психічним хворим, або пацієнтам у стані збудження;
- обмежена кількість лікарських засобів, які можуть бути введенні в організм ентеральним шляхом, зокрема ректальним.

Ректальне (per rectum – через пряму кишку) введення ліків застосовують при захворюваннях прямої кишки (геморой, проктит), непрохідності стравоходу, при порушеннях акту ковтання, нестримному блюванні, при фізичному і психічному збудженні. З метою ректального введення лікарських засобів застосовують мікроклізми, крапельні клізми і лікувальні свічки. **Недоліки** цього методу – обмеження кількості препаратів, які всмоктуються слизовою оболонкою прямої кишки.

Введення через фістулу (per fistulae) – лікарські препарати вводять через штучну норицю шлунка при непрохідності стравоходу, після операцій на ньому або шлунку. При цьому всі лікарські речовини вводять у рідкому стані або у вигляді суспензій, олійних розчинів, після годування хворого через фістулу.

8.3. Застосування лікарських засобів через органи дихання.

Інгаляція – один із методів введення лікарських засобів в організм через органи дихання шляхом вдихання. Інгаляційним методом вводять газоподібні речовини – кисень (киснева подушка), вуглекислий газ, закис азоту, а також деякі медикаментозні засоби, яким надається форма аерозолю. Для застосування останніх використовують спеціальні апарати – інгалятори (мал. 8.2).



Мал. 8.1. Киснева подушка.



Мал. 8.2. Інгалятори

Велику роль у загальному об'ємі інгаляційної терапії набув метод лікування киснем. Показання до оксигенотерапії: при екстремальних станах організму, за яких раптово розвиваються тяжкі порушення процесів дихання (асфіксія, набряк легень); при хронічних захворюваннях, зокрема, серцево-судинної системи (інфаркт міокарду, вади серця), органів дихання

(пневмонія, бронхіальна астма), органів травлення (хронічні запальні захворювання печінки і жовчних шляхів).

Ефективним методом інгаляційної оксигенотерапії є введення кисню в дихальні шляхи за допомогою катетера, який розміщується у носовому проході. Перед введенням катетер стерилізують методом кип'ятіння, а потім змащують стерильною вазеліною олією. Катетер повільно вводять по нижньому носовому проходу на глибину до 15 см. За цієї відстані він досягає задньої стінки глотки, що можна визначити візуально при відкриванні рота. З метою стабілізації катетера його фіксують лейкопластирем до шкіри обличчя. Щогодини переміщують катетер із однієї ніздрі в другу для попередження трофічних змін слизової оболонки носа.

Метод маскової оксигенотерапії проводять за допомогою індивідуального кисневого інгалятора, обладнаного регулятором швидкості подачі кисню і ємкістю для його зволоження. При відсутності спеціального зволожувача з цією метою може бути використаний апарат Боброва, заповнений на третину водою. При подачі кисню через маску його частка у повітряній суміші, яку вдихає пацієнт, має складати від 40% до 60%. В середньому швидкість подачі кисню при застосуванні маски сягає 4-5 літрів за 1 хвилину. За допомогою спеціального пристрою інгалятора потік газу можна регулювати, зокрема, збільшити його до 10 літрів за хвилину, але хворі погано переносять інгаляції кисню в об'ємі понад 5 літрів за хвилину. Це зумовлено тим, що високі концентрації газу спричиняють висушення слизової оболонки рота і дихальних шляхів. При відсутності регулятора швидкість руху кисню можна контролювати по кількості і швидкості утворення газових пухирів у зволожувачі.

8.4. Застосування лікарських речовин через слизові оболонки.

Введення крапель у кон'юнктивальний мішок ока. Очні краплі вводять у кон'юнктивальний мішок при різних захворюваннях кон'юнктиви, кришталика, рогівки, сітківки ока. Кип'ятять піпетку, перевіряють термін придатності лікарської речовини. Руки миють з милом, набирають рідину у піпетку до третини її об'єму, щоб рідина не потрапила до гумового балончика. Пальцями лівої руки відтягують верхню чи нижню повіку, чи обидві повіки одночасно, особливо коли є блефароспазм. Якщо у хворого в збудженому стані це зробити не вдається, то краплі закачують у ямку біля внутрішнього кута очної щілини; при цьому рідина самостійно потрапляє до кон'юнктивального мішка. Заповнену піпетку тримають вертикально до ока. Не торкаючись вій вводять до кон'юнктивального мішка 1-2 краплі

лікарської речовини. Хворий повинен сидіти з заплющеними очима протягом 5-10 хв. Якщо після цього рідина витікає із очей, її видаляють ватним тампоном (окремим для кожного ока).

Закладання мазі у кон'юнктивальний мішок. Для цієї процедури потрібна скляна паличка з розширеним та сплющеним кінцем, яку перед процедурою слід прокип'ятити. Сплющеним кінцем скляної палички набирають невелику кількість (як невелика горошина) мазі. Вказівним пальцем лівої руки відтягують нижню повіку донизу, мазь накладають на зовнішній кут кон'юнктиви. Хворому рекомендують заплющити очі, після чого повіки злегка масажують.

Уведення крапель у ніс. Ніс хворого звільняють від слизу та кірочок за допомогою ватної турунди або гнотика. Хворого кладуть на кушетку або саджають з відкинутою назад головою. Лікарську речовину, підігріту до температури тіла, набирають у піпетку на третину її об'єму. Лівою рукою трохи підіймають кінчик носа хворого, голову нахиляють у бік, протилежний тому, куди будуть капати краплі. Не торкаючись слизової оболонки носа, вводять у кожну ніздрю по 5-8 крапель водного розчину, або 15-20 крапель олійного розчину лікарської речовини.

Уведення крапель у зовнішній слуховий прохід застосовують при запаленні середнього вуха. Перед уведенням крапель вухо очищують. Лікарську речовину у вигляді водного або масляного розчину підігрівають до температури тіла. Голову хворого нахиляють у бік здорового вуха. Лівою рукою відтягують вушну раковину вгору і назад, при цьому зовнішній слуховий прохід випростовується і краплі потрапляють у його глибину. Правою рукою крапають у вухо 5-8 крапель. Краплі тримають у вусі протягом 10-15 хв. Після цього нахиляють голову хворого у бік хворого вуха, щоб краплі витекли з нього, або просушують їх за допомогою ватного турунда.

8.5. Парентеральний метод введення лікарських засобів.

Парентеральним називається метод введення ліків в організм поза травним трактом, тобто безпосередньо в кров, лімфатичні судини, в порожнини плеври, перикарда, суглобів, спинномозковий канал. Перевагами цього методу є точне дозування і швидкість введення препарату, відносно короткий термін прояву лікувальної дії.

Парентеральні методи протипоказані при значних ураженнях шкіри (опіки, екзема, псоріаз), при судомах, деяких психічних станах, збудженні хворого.

Парентеральне введення лікарських засобів проводиться методом вливань, або ін'єкцій. Методом ін'єкції лікарські засоби вводять: внутрішкірно, підшкірно, внутрімязово, внутрівенно, внутріартеріально, внутрікістково, внутрісуглобово, внутріпорожнинне введення ліків (в порожнину плеври, сечового міхура). Техніка виконання ін'єкцій (внутрішкірні, підшкірної, внутрім'язеві, внутрішньовенні, внутрішньовенно-струмні введення) представлені в Розділі 13(13.4).

Негативними моментами парентеральних методів введення ліків є те, що необхідна сувор асептика, участь медичного персоналу, наявність інструментарію (шприців), неможливість введення у вену олійних розчинів, суспензій, ліків, які викликають гемоліз, тромбоз, перехід гемоглобіну в метгемоглобін, які містять повітря; небезпека інфікування; введення лікарських засобів часто супроводжується болем.

8.6. Порядок забезпечення ліками хворого.

Існує чітко регламентований порядок забезпечення ліками хворого:

- тільки лікар повинен призначати хворому необхідні ліки;
- в історію хвороби і в лист лікарських призначень ліків з визначенням доз і методів їх застосування записує лікар;
- постова (палатна) медсестра робить замовлення на необхідні ліки виписані із листка лікарських призначень і передає його старшій медичній сестрі відділення;
- загальне замовлення по відділенню і відправлення його до аптеки та отримання відповідних ліків виконує старша медсестра;
- постова медсестра отримує ліки від старшої медичної сестри;
- палатна медсестра доставляє ліки хворому в палату.

Правила роздавання ліків для приймання всередину:

- 1) виконуючи призначення лікаря, медична сестра керується журналом, що є на посту, або листками призначень лікаря;

- 2) разові призначення (снодійні, препарати від головного болю), медична сестра виписує з історії хвороби;
- 3) приймання більшості ліків пов'язане з часом споживання їжі, а саме:
 - натще приймають послаблюючі препарати, мінеральні води, жовчогінні трави;
 - після їжі приймають препарати, що подразнюють слизову оболонку травного каналу;
 - перед їжею приймають сік, лужні препарати, препарати, що діють на патогенну флору кишок;
 - під час споживання їжі приймають травні ферменти, жовчогінні препарати, препарати заліза;
 - у проміжках між їжею приймають усі індіферентні для функції травного каналу лікарські препарати;
 - снотворні препарати дають у певний час перед сном;
- 4) перед роздаванням ліків медична сестра повинна звірити етикетки на упаковці з призначеннями, перевірити термін придатності ліків, один раз на добу розкласти ліки згідно з їх прийманням. Вони розміщені у спеціальному ящику на пересувному столику;
- 5) хворі приймають ліки тільки в присутності медичної сестри або лікаря;
- 6) хворі, які самостійно пересуваються, приходять до поста медичної сестри самі і там одержують ліки; важкохворим медична сестра приносить ліки в палату та допомагає їх прийняти, дає запити кип'яченою водою з поїльника;
- 7) водні розчини ліків, відвари дають хворим у градуйованих мензурках з мітками в 5, 10, 15 та 20 мл;
- 8) спиртові розчини, (наприклад корвалол) відмірюють краплями в мензурку, наливають туди 10-15 мл води, змішують, дають випити хворому. Ці препарати обов'язково слід запити водою.

Зберігання та облік ліків.

Ліки зберігаються в спеціальних шафах, що мають систему шухляд, які маркуються та закриваються. Окремо виділяють 2 шухляди: для отруйних та наркотичних речовин (наркотики, атропін тощо) – група «А»; для сильнодіючих речовин (адреналін, кофеїн тощо) – група «Б». Шухляди закривають на ключ, який постійно знаходиться у медичної сестри на посту.

На внутрішньому боці дверцят прикріплюють список препаратів, які знаходяться у шафі. У шафі є окремі полицки для препаратів, які вводять внутрішньовенно, для зовнішнього застосування стерильних розчинів, речовин з сильним запахом, легкозаймистих речовин (спирт, ефір), перев'язувальних матеріалів.

Необхідно слідкувати за терміном придатності ліків та правилами їх зберігання. Мікстури зберігають у холодильнику протягом 5-и діб, відвари – 3-х діб, розчин пеніциліну – до 1-ї доби, краплі для очей – до 3-х діб, стерильні розчини в закритих пляшках – 10-и діб.

Старша медична сестра веде облік медикаментів в зошиті обліку лікарських препаратів, який підписаний головним лікарем. При видачі ліків палатній медичній сестрі, старша медична сестра реєструє кількість ліків, вказує прізвище хворого та номер історії хвороби. На посту медичної сестри є книга обліку наркотиків, вона прошнурована, пронумерована, підписана головним лікарем і скріплена печаткою. Чергова медична сестра веде облік використаних наркотиків, відмічає в зошиті номер історії хвороби, прізвище хворого, кількість витрачених ліків.

Розділ 9. Застосування засобів фізичного впливу: зовнішнє застосування лікарських засобів та фізіотерапевтичних процедур.

Важливу роль у комплексному лікуванні хворих відіграє застосування *засобів фізичного впливу* на патологічний процес шляхом відтягуючої дії, а також подразнення рецепторів шкіри і слизових оболонок. З цією метою часто використовують гірчичники, банки, компреси, грілки, пухирі з льодом.

Шляхом рефлекторного впливу на кровоносні та лімфатичні судини, периферичну нервову систему ці засоби активізують обмінні процеси, підвищують адаптаційні реакції організму, посилюють його імунний захист у боротьбі з хворобами. Подразнення кінцевих нервових закінчень (рецепторів), яке спричиняє дія цих засобів, досягає через центральну нервову систему безпосередньо патологічного вогнища, викликаючи в ньому сприятливі зміни і зрушення. Різноманітні подразнюючі засоби, теплові або холодіві процедури через шкіру можуть впливати на обмінні процеси всього організму, активізувати функціональну діяльність різних органів і систем. В результаті дії на шкіру відтягуючих, подразнюючих факторів – тепла, холоду, вакууму рефлекторно, внаслідок посиленого кровообігу, розвивається активне кровонаповнення капілярів (гіперемія) не лише шкіри, але й глибоко

розташованих органів, що сприяє розсмоктуванню запальних процесів, зменшенню спастичних явищ, больових відчуттів.

Банки застосовують з метою фізичного впливу на систему кровообігу. Банки сприятливо впливають не лише на поверхневі а й на глибоко розташовані органи. Така особливість дії банок сприяє більш ефективному розсмоктуванню запальних процесів і зменшенню больових відчуттів (мал.9.1).



Мал. 9.1. Медичні банки.

Фізична дія банок на організм зумовлена утворенням у просторі під банкою низького тиску, що спричиняє рефлекторне розширення кровоносних та лімфатичних судин, відтягування крові з глибоко розташованих органів і тканин, посилює активність крово- і лімфообігу. Також банки рефлекторно можуть впливати на стан серцево-судинної системи – уповільнювати пульс і знижувати артеріальний тиск.

Застосування банок в сучасній клінічній практиці обмежено у зв'язку з появою нових ефективніших методів впливу. Але їх використовують в косметології (гумові, латексні) для лікування підшкірної клітковини, м'яких тканин тулуба.

Гірчичники. Одним із методів рефлекторного впливу на кровообіг є накладання гірчичників.

Гірчичник – це листок щільного паперу прямокутної форми (8 на 12,5 см), на одну із сторін якого нанесений тонкий шар сухого порошку з насіння гірчиці, або гірчичники можуть бути у вигляді пакетиків, наповнених сухим порошком гірчиці (мал. 9.2).



Мал. 9.2. Гірчичники.

Зберігають гірчичники загорнутими у вощений папір у сухому прохолодному місці. В середньому, активність гірчичника зберігається 8-11 місяців. Принцип дії гірчичників оснований на подразненні шкірних рецепторів ефірною гірчиною олією, яка знаходиться у шарі гірчиці, нанесеному на одну із сторін гірчичника. Лікувальний ефект гірчичників зумовлений насамперед посиленням місцевого кровообігу.

Гірчичники використовують при гострих і хронічних запальних процесах верхніх дихальних шляхів, при запаленні легень, гіпертонічному кризі, приступі стенокардії, при міозиті, невралгії, невриті, поліартриті, мігрені. Найпоширеніші ділянки застосування гірчичників – потилиця, верхня частина грудної клітки, передсердна ділянка, вздовж хребта, між лопаткова ділянка, литки, ступні. Застосування гірчичників *протипоказане* при кровотечах, захворюваннях шкіри, злоякісних пухлинах, хворобах системи крові (анемії, лейкози).

Перед використанням гірчичник занурюють на кілька секунд у теплу воду ($t\ 45^{\circ}-50^{\circ}\text{C}$), а потім прикладають гірчиною стороною до відповідної ділянки шкіри. При підвищеній чутливості шкіри між гірчичником і шкірою можна покласти марлю. Зверху на гірчичник кладуть простирадло або рушник. Кілька хвилин поспіль у ділянці прикладання гірчичника хворий відчуває печіння, яке супроводжується почервонінням шкіри. Середня тривалість застосування гірчичників 10-15 хв. Знімають гірчичник енергійним рухом віднімаючи від шкіри. Шкіра, в місці накладання гірчичника повинна бути червоного кольору, що свідчить про ефективність процедури. Для видалення залишків гірчиці шкіру обережно обтирають спочатку вологою, а потім сухою серветкою. Після виконання процедури пацієнта слід накрити ковдрою. При тривалому застосуванні гірчичників, а також у людей з чутливою шкірою, можуть з'явитися опіки, тому гірчичники не рекомендують часто прикладати на одне й те саме місце.

Компрес – лікувальна теплова або холодова процедура з використанням багатошарової пов'язки. Розрізняють компреси сухі і вологі. Останні можуть бути зігрівальними і холодними. Сухий компрес відрізняється від вологого лише першим шаром: у першому випадку – це суха марля, в другому – зволожена лікарським розчином.

Зігрівальний компрес використовують як процедуру тривалого теплового впливу на шкіру і підлеглі тканини. Здебільшого використовують вологий компрес. Механізм лікувальної дії компресу зумовлений тривалим розширенням кровоносних судин і посиленням кровообігу в ділянці застосування. Під стабільною дією тепла, яке утворюється в замкненій вологій камері між шкірою та водонепроникним шаром компресу, де відбувається постійний інтенсивний приплив крові до місця накладання компресу, що викликає розсмоктування запального процесу, покращення венозного відтоку, лімфообігу, зменшення больових відчуттів.

Показаннями для застосування зігрівального компресу є різноманітні запальні захворювання шкіри та підшкірних тканин, суглобів, м'язів, сухожилів, нервів, плеври, при ін'єкційних інфільтратах, гематомах після травми. *Протипоказане* застосування зігріваючого компресу при гнійничкових або алергічних захворюваннях шкіри, сепсисі, високій температурі.

Компрес складається із трьох шарів і фіксує пов'язку. Перший шар, який накладається на тіло – це зволожені водою або водно-спиртовим розчином марля або бинт, складені у кілька (6-8) шарів; другий – вощений папір або клейонка, які забезпечують герметичність компресу; третій – вата для його утеплення. Для накладання компресу марлю або бинт необхідних розмірів змочують у воді або спиртовому розчині, віджимають залишки рідини і в розправленому вигляді прикладають до шкіри. Для наступного шару використовують вощений папір або поліетиленову плівку, краї яких мають виступати на 2-3 см за межі попереднього шару. Для утеплення компресу рівномірним тонким шаром поверх паперу або плівки розмішують вату, щоб вона також на 2-3 см виходила за межі попереднього шару. Фіксують компрес за допомогою бинтової пов'язки або марлі. Тривалість компресу 8-10 годин. Після зняття компресу шкіру промивають теплою водою, висушують і накладають на неї суху пов'язку. Повторне застосування компресу – через 2-3 години.

Холодний компрес застосовують при деяких патологічних станах (забиття, початкова стадія розвитку інфільтрату, серцебиття, травми, укуси

комах, при носовій кровотечі). Завдяки місцевому охолодженню тканин і гальмуванню кровопостачання компрес викликає зменшення набряку ураженої ділянки і відчуття болі, а також сприяє зупинці кровотечі.

Для холодного компресу (примочки) використовують складену у декілька шарів марлю, яку змочують холодною водою, а в деяких випадках – лікувальним розчином, наприклад, холодним настоянкою ромашки або м'яти. Для підтримання низької температури зверху компресу кладуть міхур з льодом. Тривалість перебування примочки на тілі людини не може перевищувати однієї години. При нагріванні компресу в процесі зазначеної експозиції його перемінюють на новий.

Грілку застосовують для зігрівання тіла хворого та знеболюючою метою при виразковій хворобі, нирковій колькі, радикуліті. Застосовують гумові або електричні грілки.



Мал.9.3. Медична грілка.

Гумову грілку заповнюють гарячою водою приблизно на три чверті її об'єму. Потім шляхом натискування на грілку рукою видаляють із неї залишок повітря, щільно загвинчують пробку; перевіряють герметичність грілки, для чого перевертають її пробкою донизу; завертають у рушник і прикладають до визначеного місця на тілі. При тривалому прикладанні грілки на одне і те саме місце на шкірі можуть виникати пігментовані плями. Аби попередити їх утворення, перед кожним використанням грілки шкіру рекомендовано змащувати вазеліном. З метою профілактики опіків необхідно попереджати контакт грілки безпосередньо зі шкірою, а також періодично перевіряти рівень температури між грілкою і тілом пацієнта.

При користуванні електрогрілкою ступінь її нагріву регулюють за допомогою ручки, з'єднаної з терморегулятором. Слід пам'ятати, що використання грілки в максимальному температурному режимі не повинно перевищувати кількох хвилин, після чого її слід перемкнути на середній або мінімальний режим нагріву.

Застосування грілки *протипоказане* при кровотечах, болях у животі нез'ясованого походження, гострих запальних процесах у черевній порожнині (холецистит, апендицит, панкреатит), злоякісних новоутвореннях, кровотечах, тромбофлебітах, інфікованих ранах, туберкульозі, септичних станах.

Міхур з льодом використовують з метою охолодження (гіпотермії) певних ділянок тіла. Його застосовують при кровотечах, початкових стадіях гострих запальних процесів, для зменшення набряку тканини при травмах, забитті, укусах отруйних комах (ос, бджіл, шершнів) (мал. 9.4).



Мал. 9.4. Міхур для льоду.

Для заповнення міхура лід розбивають на дрібні шматки, заповнюють ним міхур до половини, рукою видаляють із нього залишки повітря і щільно загвинчують пробкою. Для попередження переохолодження шкіри, під міхур з льодом необхідно покласти рушник. По мірі розтавання льоду воду зливають і об'єм міхура, що звільнився, заповнюють новими льодинками. Перебування на шкірі міхура з льодом не повинне перевищувати 2-х годин, за умови короткочасних (по 10-15 хв) перерв після кожних 20-30 хв. його знаходження на тілі.

Дезінфекція банок, гумових грілок, міхурів для льоду. 2 рази протерти марлею, змоченою в 3% розчині хлораміну з інтервалом 15 хв.

Після другого протирання залишити на 60 хвилин. Промивати водою не менше 3-х хвилин, до зникнення запаху дезінфекційного розчину. Просушити.

Розділ 10. Організація лікувального харчування хворих.

Харчування, що призначається як лікувальний засіб, називають лікувальним або дієтичним (від гр. *diaita* - спосіб життя, режим харчування). **Дієтичне харчування** – це застосування з лікувальною або профілактичною метою спеціально складених харчових раціонів і режимів харчування. Режим харчування визначає час і кількість прийомів їжі, інтервали між ними. Харчовий раціон регламентує вимоги що до їжі відносно енергетичної цінності, хімічного складу, харчового набору маси за прийомами їжі. Харчування має бути раціональним і збалансованим.

Загальне керівництво дієтичним харчуванням в лікувально-профілактичному закладі виконує головний лікар (нач. мед). За організацію та адекватне застосування лікувального харчування у відділеннях (терапевтичних, хірургічних, педіатричних) відповідає лікар-дієтолог. Він керує дієтичними медичними сестрами (дієтсестра) та контролює роботу харчоблоку. Якщо посада лікаря-дієтолога відсутня, то його обов'язки виконує дієтсестра. В обов'язки лікаря-дієтолога входить складання лікувальних дієт та контроль за їх виконанням; консультативна допомога лікарям в призначенні дієти; контроль за виконанням технології приготування дієтичних страв, їх якісним та хімічним складом. На дієтсестру покладається контроль за роботою харчоблоку та дотриманням санітарно-гігієнічних норм.

Основні принципи індивідуальної дієти:

1. Принцип оберігання;
2. Принцип коригування;
3. Принцип заміщення.

В Україні офіційно до 2013 року дієтичне харчування було розподілено на 15 дієтичних столів (перераховані нижче), що були диференційовані за основними нозологічними формами та варіантами їх перебігу з урахуванням виду, стадії захворювання (загострення чи ремісія), ступеня компенсації (компенсована чи декомпенсована стадія хвороби). Від 29.10.13. міністерством охорони здоров'я України виданий наказ № 931 «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної

системи в Україні». Наказ затверджено Міністерством юстиції України 26 грудня 2013р. № 2206/24738.

Наказом затверджені: 1) порядок організації системи лікувального харчування хворих у закладах охорони здоров'я; 2) інструкція з організації лікувального харчування; 3) норми харчування у загальних відділеннях (терапевтичне, хірургічне), у гастроентерологічних відділеннях, у дитячих та пологових відділеннях.

Згідно вимог Наказу МОЗ № 931, лікувальне харчування хворі отримують відповідно свого харчового статусу, який розраховується по таблиці за індексом маси тіла.

За харчовим статусом хворі (окрім дітей) поділяються на три групи:

- хворі з гіпотрофією (ІМТ < 18,5);
- хворі з нормотрофією (ІМТ 18,5 – 25,0);
- хворі з гіпертрофією (ІМТ > 25,0).

Добова кількість основних продуктів харчування відповідно до харчового статусу визначена у нормах харчування на 1 хворого на 1 день у закладах охорони здоров'я відповідно до профілю.

Стандартні раціони для дорослих осіб розробляються на основі потреб хворого в енергії та нутрієнтах залежно від вихідного нормо-, гіпо-, або гіпертрофічного стану.

Також лікарем може бути призначена спеціальна дієта (стіл №1, №1а, №4, №9), в залежності від основного та супутнього захворювань.

Наказом МОЗ № 931 змінені норми харчування на 1 хворого в залежності від харчового статусу а саме:

- гіпотрофіки отримують більш калорійну їжу за рахунок збільшення кількості жирів до 1,5г/кг мт, а гіпертрофіки – 0,75г/кг мт,
- білків гіпотрофікам необхідно 1,5г/кг мт, а гіпертрофікам – 0,75г/кг мт,
- вуглеводів гіпотрофікам – 6,5г/кг мт, а гіпертрофікам – 3,0г/кг мт.

При цьому **енергетична цінність харчування:**

гіпотрофіки 2400-2700 ккал/добу,

нормотрофіки – 2400-2200 ккал/добу,

гіпертрофіки – 1900-2000 ккал/добу.

Хворі з гіпертрофічним статусом в порівнянні з гіпотрофічним мають отримувати збільшену кількість овочів до 600г/добу, а гіпотрофіки – 400г/добу (за виключенням картоплі), збільшену кількість білкової їжі, а саме 70 г/добу м'яса курки, 70 г/добу м'яса риби, а гіпотрофіки та нормотрофіки – по 50 г/добу.

З раціону гіпертрофіків повністю виключені макаронні вироби, зменшена норма хлібо-булочних виробів, а саме:

- хліб пшеничний: гіпотрофікам 150 г/добу, гіпертрофікам 30 г/добу;
- крупи відповідно 80 г/добу та 50 г/добу;
- картопля – 200 та 100 г/добу;
- масло вершкове – 10 та 5 г/добу;
- потреба у фруктах на одного хворого становить 200 г/добу.

Головною відмінністю лікувального харчування в ЛПЗ, згідно зазначеного наказу, є зменшення ваги харчових продуктів в розрахунку на 1 день на 1 хворого.

Лікувальні столи за Певзнером, які використовували до 2013 року:

Стіл №1 – призначали при хронічних гастритах з підвищеною кислотністю. Стіл №1а – призначали при гострих явищах виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, а також при гострих гастритах.

Стіл №2 – при гастритах зі зниженою секрецією шлункового соку.

Стіл №3 – при запорах.

Стіл №4 – при проносах, при гострих катарах кишок, коли спостерігається значне подразнення слизової оболонки кишечника.

Стіл №5 – при хронічних захворюваннях печінки. Стіл №5а – при гострих захворюваннях печінки.

Стіл №6 – при порушеннях білкового обміну, при подагрі.

Столи №7 – для хворих, які страждають на захворювання нирок, №7а – (в стані декомпенсації), №7б – (в стані компенсації).

Стіл №8 – при ожирінні.

Стіл №9 – хворим з цукровим діабетом.

Столи №10а (в стані декомпенсації), 10б (в стані компенсації) – при захворюваннях серцево-судинної системи.

Стіл №11 – туберкульозним хворим і одужуючим після важких хвороб.

Стіл №12 – при захворюваннях нервової системи.

Стіл №13 – хворим з гострозаразними хворобами при високій температурі тіла.

Столи №14а (коли потрібно підвищити кислотність крові) та №14 (для підвищення лужності крові) – при порівняно рідкісних захворюваннях обміну речовин.

Стіл №15 – хворим, які не потребують ніякого спеціального лікувального режиму.

Оформлення та використання порційника. Лікувальне харчування призначає лікар, записуючи вид дієти в історію хвороби та в листок призначень. Потім палатна медсестра вибирає з листів призначень відомості про дієти та складає порційник посту в 2 екземплярах.

В порційнику обов'язково вказують наступні відомості: ПІБ, № палати, вид дієти, при необхідності призначають додаткове харчування, дату складання порційника. Зранку медсестра здає один екземпляр порційника старшій медсестрі відділення, другий екземпляр – роздавальниці в буфеті. Старша медсестра складає порційну вимогу, яка підписується нею та завідуючим відділення та передається в харчоблок. Вимогу заповнюють на хворих включаючи тих, які поступили до 12.00 год. на 1-2 доби наперед.

При виконанні обов'язків з організації дієтичного харчування у стаціонарі, медичний персонал лікарні керується директивними вказівками що до дієтичного харчування МОЗ України, згідно з якими для лікувальних закладів встановлено 4-разовий режим харчування хворих (частіше для деяких категорій хворих, наприклад, на виразкову хворобу шлунку – до 5-6 разів). Варто знати, що на втору половину дня не повинно припадати понад 30% зальної калорійності добового раціону. Між окремими прийомами їжі перерва не може перевищувати 4-х годин, а між останнім вечірнім прийомом та першим ранковим – не може перевищувати 11-ти годин.

10.1. Техніка годування хворих.

Техніка годування тяжкохворого пацієнта. При суворому ліжковому режимі ослабленим та тяжкохворим, а у випадку необхідності і пацієнтам похилого та старечого віку, допомогу в годуванні надає медсестра. При пасивному годуванні необхідно однією рукою припідняти голову хворого разом з подушкою, другою – підносити до його рота поїльник з рідкою їжею або ложку; шию та груди закривають клейонкою. Годувати хворого потрібно невеликими порціями, обов'язково залишаючи час на пережовування та ковтання; поїти за допомогою поїльника чи зі стакану із спеціальною трубочкою. Після їжі допомогти хворому прополоскати рот, помити (витерти) руки.

Ентеральне та парентеральне харчування.

Ентеральне (зондове) харчування використовують при порушенні акту жування та ковтання (захворювання, травми, поранення, опіки щелепно-лицевого апарату, глотки, стравоходу; при хірургічних втручаннях на них; неврологічних захворюваннях; ЧМТ) у хворих в безсвідомому та коматозному станах, а також у різко ослаблених хворих.

Для зондового харчування використовують їжу в рідкому та напіврідкому вигляді або спеціальні штучно створені живильні суміші (суміші «Інфатрин», «Нутризон» та ін.), які сприяють відновленню травної функції, підтриманню гомеостазу та насиченню організму вітамінами та мікроелементами. При відсутності спеціальних протипоказань за основу харчового раціону використовують діету №2 в поєднанні з парентеральним харчуванням.

Протипоказання: виражені нудота та блювота, парез кишок після хірургічних втручань на ОЧП, наявність трахеостоми або інкубації трахеї.

Парентеральне харчування – є своєрідною формою лікувального харчування. Його застосовують при виражених порушеннях обміну речовин, коли прийом їжі природним шляхом неможливий або має місце порушення метаболізму в зв'язку з недостатнім засвоєнням поживних речовин. Парентеральне харчування буває повним або частковим. Одним з основних показників призначення парентерального харчування є виражений негативний азотистий баланс. Живильні речовини вводять внутрішньовенно у вигляді жирових емульсій, білкових гідролізатів, розчинів амінокислот та глюкози, вітамінів.

До абсолютних показань відносять:

- передопераційна підготовка хворих з патологією глотки, стравоходу, шлунку (звуження, опіки, пухлини);
- протягом 3 – 7 днів після екстирпації гортані, хірургічних втручань на глотці, травному тракті;
- тяжкі ускладнення післяопераційного періоду (перитоніт, свищі, абсцеси);
- тяжкі гнійно-септичні процеси та травми;
- реанімаційні заходи при термінальних станах.

Протипоказання до проведення парентерального харчування: печінкова недостатність, гостра та хронічна ниркова недостатність, тромбоемболії, гіпергідратація організму, недостатність кровообігу.

Харчова клізма – одна із форм штучного харчування. Харчову клізму застосовують у випадках, коли хворий позбавлений або обмежений у можливості приймати їжу через рот. Застосування харчових клізм обмежене в зв'язку з неможливістю всмоктування у прямій кишці великої кількості поживних речовин. Найчастіше харчову клізму застосовують двічі, рідше – тричі на добу. За допомогою харчової клізми можна вводити в організм 5% і 10% розчини глюкози, воду, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчини амінокислот. Об'єм однієї клізми не повинен перевищувати 200 мл, а температура поживної суміші повинна бути в межах 38-40° С. Поживні речовини вводять дуже повільно. Для постановки харчової клізми використовують гумовий балон (грушу) з м'яким наконечником, який гвинтоподібними (обертальними) рухами вводять у пряму кишку. При неможливості застосування харчової клізми (органічні захворювання прямої кишки) поживні речовини вводяться за допомогою крапельної клізми.

Рідина, яку вводять за допомогою клізми має температурний та механічний вплив на кишечник, який можливо регулювати. Механічний вплив збільшують або зменшують корегуванням кількості рідини (в середньому 1-1,5 л), тиск (чим вище чаша Есмарха тим більший тиск рідини, яка вводиться), швидкість введення, температура (чим нижче температура рідини тим сильніше скорочення кишечника). Рекомендована температура води для клізми 37-39⁰С, але при атонічному закріпі використовують холодні клізми (до 12⁰С), при спастичному – теплі та гарячі (37-42⁰С), які зменшують спазм.

Розділ 11. Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими.

До тяжкохворих належать пацієнти, які хворіють на недуги з ускладненим перебігом, що не піддаються ефективному лікуванню або із несприятливим прогнозом. Стан цих хворих характеризується глибокими порушеннями найважливіших функцій організму (нервової діяльності, дихання, кровообігу, травлення, виділення), що часто призводить до численних загострень недуги і навіть до смерті. Стан тяжкохворого може змінюватися у будь-який момент, може наступити раптове та інтенсивне порушення життєдіяльності організму, яке здатне призвести до агонального стану.

Агонія – це термінальний стан життєдіяльності організму, на межі життя і смерті, може тривати від однієї-двох хвилин до кількох годин. Супроводжується різким зниженням активності основних функцій життєдіяльності організму: кровообігу, дихання, нервової діяльності.

Характеризується втратою свідомості, зміною вигляду обличчя, помутнінням рогівки ока; шкіра обличчя набуває землисто-сірого кольору, відвисає нижня щелепа; часто з'являється мимовільне відходження сечі і калу. У агонуючих хворих дихання стає рідким і поверхневим, знижується температура тіла, артеріальний тиск, зменшується наповнення і напруження пульсу, зіниці розширюються та не реагують на світло.

Тяжкохворим організовують індивідуальний пост. Обов'язково біля ліжка хворого постійно має бути медична сестра, яка стежить за загальним станом хворого, частотою пульсу, диханням, АТ, кольором шкіри та виділеннями. Індивідуальний пост забезпечують необхідними засобами для догляду за тяжкохворими та надання їм невідкладної допомоги (поїльником, підкладним судном, грілкою, сечоприймачем, газовідвідною трубкою тощо).

Медична сестра наглядає за тим, щоб хворий лежав на сухій, чистій та розправленій білизні, був вкритий простирадлом і не переохолоджувався. При необхідності змочувати хворому губи та давати за відсутності протипоказань пити ложкою чи з поїльника рідину (воду). Доглядати за шкірою: періодично протирати шкіру спини та крижів камфорним спиртом чи теплою водою, щоб не було пролежнів. Також ватною кулькою, змоченою теплою водою, протирати повіки, носові ходи. Здійснювати контроль за надходженням кисню через катетер чи маску. Призначення лікаря треба

виконувати чітко і своєчасно, а про зміни в стані хворого доповідати негайно лікареві для проведення останнім корекції лікувальних заходів.

Положення хворого в ліжку повинно бути фізіологічним, для того щоб були розслаблені усі групи м'язів. Це обмежує енергетичні витрати його організму та сприяє оптимальному здійсненню функцій усіх органів і систем. Таким вимогам відповідає положення на спині з незначним підняттям голови та випростаними ногами. Класти ногу на ногу хворим не треба, оскільки це сприяє розвитку тромбозу судин гомілки.

Оскільки тяжкохвора людина більшість часу перебуває у ліжку, дуже важливо, щоб воно було зручним. Тому потрібно дотримуватися послідовності догляду за ліжком, зміною постільної та натільної білизни, особистої гігієни тяжкохворих, як описано в Розділі 4 (4.1).

Гігієною лежачого хворого передбачено також забезпечення його спеціальним посудом для своєчасного здійснення фізіологічних актів. Для випорожнення кишечника хворим виділяють (на вимогу) підкладне судно, а для сечовиділення – сечоприймач.

Користування підкладним судном та сечоприймачем. Тяжкохворі не спроможні самостійно користуватися туалетом, тому всі свої фізіологічні відправлення вони мають робити у ліжку, використовуючи судно та сечоприймач. У цьому їм допомагає медична сестра.

Підкладні судна бувають емалеві, гумові, пластикові. У них видовжена або округла форма, вони закриваються кришками (мал. 11.1).



Мал. 11.1. Підкладні судна.

Гумові судна використовують для ослаблених хворих, а також для хворих із пролежнями, при нетриманні калу та сечі. Для надування такого судна використовують компресор. Якщо гумове судно міститься під хворим постійно, то його зверху покривають пелюшкою, а потім підкладають під хворого. На одного тяжкохворого потрібно мати 2-3 гумових судна.

Послідовність дій у подаванні судна тяжкохворому. Спочатку сполоснути судно теплою водою, щоб воно прогрілося. Хворому пропонують підняти таз і підстеляють клейонку. Якщо хворий дуже ослаблений, то підводять одну руку під крижі, допомагаючи йому підняти таз. Іншою рукою підставляють судно під сідниці так, щоб промежина була над великим отвором, а трубка судна повернена до колін. Хворого прикривають ковдрою і залишають на деякий час самого. Після акту дефекації судно обережно виймають з-під хворого, щоб не розхлюпати вміст, накривають кришкою і виносять у туалет. Вміст судна виливають в унітаз, судно промивають водою. Хворого підмивають, висушують ділянку промежини, прибирають клейонку.

Сечоприймач – це зазвичай скляна посудина довгастої форми з короткою трубкою з отвором на кінці. Чоловічі та жіночі сечоприймачі різняться будовою лійки: у чоловічого – зверху є коротка трубка, у жіночого – трубка ширша, горизонтальніша, з відігнутими краями (мал. 11.2).



Мал 11.2. Сечоприймач (чоловічий та жіночий).

Послідовність подавання сечоприймача тяжкохворому. Сполоснути сечоприймач теплою водою та подати хворому в ліжко. Одразу після сечовипускання вміст сечоприймача вилити в унітаз. Провести туалет ділянки промежини і відхідника: хворого підмивають, витирають, прибирають клейонку.

Дезінфекція судна та сечоприймача. Судно та сечоприймач після використання замочити у 3 % розчині хлораміну протягом 1 години, потім промити проточною водою і висушити. Для видалення різкого аміачного

запаху сечі сечоприймач періодично мити 2-3 % розчином хлористоводневої кислоти або порошками, які розчиняють солі сечової кислоти. Зберігати судно в туалетній кімнаті у спеціальних комірках. Для тяжкохворих чисте судно постійно може стояти під ліжком у спеціальній комірці для суден, що пофарбована емалевою фарбою і вкрита клейонкою, яку двічі на день протирають 3% розчином хлораміну.

Розділ 12. Поняття про клінічну і біологічну смерть. Поняття про реанімацію.

Клінічна смерть – це стан організму, який виникає на протязі декількох хвилин (від 3 до 5 хвилин) після зупинки дихання та кровообігу, коли зникають всі зовнішні прояви життєдіяльності, але в найбільш чутливих до гіпоксії органах та тканинах незворотних змін ще не відбулося. Клінічна смерть – повторна фаза помирання. Присутні зовнішні ознаки смерті організму, але зберігається потенційна можливість відновлення життєвих функцій за допомогою реанімаційних заходів. На ЕКГ при клінічній смерті реєструється повне зникнення комплексів або фібрилярної осциляції, моно- або біполярні комплекти з відсутністю диференційовки між початковою та кінцевою частинами, поступово зменшуваної частоти амплітуди.

Ознаки клінічної смерті:

1. Відсутність свідомості;
2. Відсутність проявів дихання;
3. Відсутність пульсу на магістральних судинах (стегнова та сонна артерія);
4. Порушення серцевої діяльності;
5. Розширення зіниць, відсутність реакції їх на світло.

В клінічній практиці при раптовій смерті в умовах нормальної температури тривалість стану клінічної смерті триває 3-5 хвилин. Термін клінічної смерті потрібно рахувати за час між зупинкою кровообігу і початком реанімації. Тривалість клінічної смерті визначає відрізок часу від зупинки серця до відновлення його діяльності (хоча в цей період проводились реанімаційні заходи, які підтримували кровообіг в організмі), якщо ці заходи були своєчасними і ефективними, про що судять відновлення пульсу на сонних артеріях.

Згідно теперішнім даним, повне відновлення функції організму, в тому числі вищої нервової діяльності, можливо і при більш тривалих строках клінічної смерті, при умовах виконання ряду дій, здійснюваних одночасно та

на протязі деякого часу після основних заходів. Цей вплив (заходи для підвищення АТ, покращення реологічних показників крові, штучної вентиляції легень, гормональної терапії, детоксикації у вигляді гемосорбції, плазмафереза, промивання організму, обмінюючого переливання крові, особливо донорського штучного кровообігу, а також деяка фармакологічна дія на мозок) нейтралізує ряд післяреанімаційних заходів і дійсно полегшує протікання так званих післяреанімаційних захворювань.

Важливим фактором, що впливає на тривалість клінічної смерті є температура оточуючого середовища. При раптовій зупинці серця клінічна смерть в умовах нормотермії триває до 5 хвилин, при мінусових температурах – до 10 і більше хвилин.

При тривалому процесі вмирання відмічаються наступні етапи:

1. **Передагонія.** Фізіологічні механізми життєдіяльності організму знаходяться в стані декомпенсації: центральна нервова система пригнічена, можливий коматозний стан; діяльність серця ослаблена, пульс нитковидний, артеріальний тиск нижчий критичного (70 мм.рт.ст.); функції зовнішнього дихання та паренхіматозних органів порушені. Передагонія триває від кількох годин до декількох днів. За цей час стан хворого ще більш погіршується й закінчується термінальною паузою. Хворий втрачає приємність, артеріальний тиск та пульс не визначаються; зупиняється дихання, рефлексів відсутні.

2. **Термінальна пауза** – триває до хвилини.

3. **Агонія (боротьба).** Внаслідок виснаження центрів життєдіяльності вищого порядку виходять з під контролю (активізуються) бульбарні центри та ретикулярна формація. У хворого відновлюється м'язовий тонус та рефлексів, з'являється зовнішнє дихання (безладне, з участю допоміжної мускулатури). Над магістральними артеріями пальпується пульс, може відновлюватись тонус судин – систолічний артеріальний тиск зростає до 50-70 мм.рт.ст. Однак в цей час метаболічні порушення у клітинах організму стають незворотними. Швидко згоряють останні запаси енергії, акумульовані в макроергічних зв'язках, і протягом 20-40 секунд настає клінічна смерть.

Реанімація (оживлення) – ряд заходів, спрямованих на відновлення життя хворого при раптовій зупинці дихання і серця.

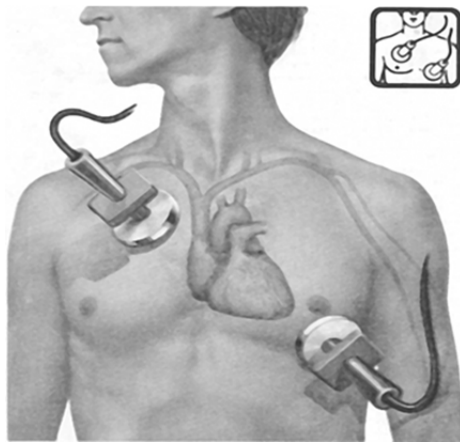
Це комплекс невідкладних заходів, що здійснюються хворому в стані його клінічної смерті та направлений на відновлення життєдіяльності

організму і попередження незворотних порушень його органів та систем. Людина, що здійснює оживлення потерпілого, зветься реаніматологом.

Якщо проведення першочергових заходів: штучне дихання та непрямий масаж серця виявилося не ефективним, проводять дефібриляцію серця (мал. 12.1 та 12.2). Техніку виконання серцево-легеневої реанімації та дефібриляції серця послідовно викдено в алгоритмах (див. додаток 1. Алгоритм «Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням АЗД».)



Мал. 12.1. Дефібрилятори.



Мал. 12.2. Місця накладання електродів при проведенні дефібриляції серця.

Якщо вчасно не застосувати методи оживлення, то після клінічної смерті настає біологічна смерть, для якої характерне незворотне порушення процесу обміну речовин.

Біологічна смерть виникає тоді, коли внаслідок незворотних змін в організмі, та насамперед, в ЦНС, повернення до життя неможливе: припиняється діяльність серця, припиняється дихання, м'язи розслабляються, внаслідок чого нижня щелепа відвисає, тіло охолоджується і набуває

температури навколишнього середовища. Пізніше з'являються трупні плями синьо-багрового кольору на нижніх частинах тіла. Лікар констатує факт смерті і записує в історію хвороби її день і годину.

Правила обходження з трупом. Труп роздягають, кладуть (без подушки) на спину з розігнутими кінцівками, підв'язують нижню щелепу, опускають повіки, накривають простиралом і лишають у постелі на 2 год.

Медична сестра пише чорнилом на стегні померлого його прізвище, ім'я, по батькові та номер історії хвороби. Крім того, вона готує супровідну записку із зазначенням прізвища, імені, по батькові померлого, номера історії хвороби, діагнозу та дати смерті.

Виносити труп в патологоанатомічне відділення для розтину можна тільки після настання безсумнівних ознак смерті (трупні плями, трупна задубілість і розм'якшення очного яблука).

Померлих у стаціонарі, піддають розтину і після цього видають родичам. Старша сестра здає речовий листок померлого санітарці під розписку. Санітарка видає речі родичам після подання ними похоронного посвідчення та паспорта.

Цінності з померлого знімають у відділенні в присутності чергового лікаря, складають акт і передають на зберігання у приймальне відділення. Сестра приймального відділення у спеціальному зошиті записує прізвище, ім'я та по батькові, адресу і номер паспорта родича, який одержав цінності, а він розписується у цьому зошиті. Якщо цінності не вдалося зняти, то палатна сестра робить запис в історії хвороби про те, що тіло померлого направлене у морг з такими-то цінностями.

Розділ 13. Методика виконання медичних маніпуляцій.

13.1. Пешочергові заходи по оживленню організма.

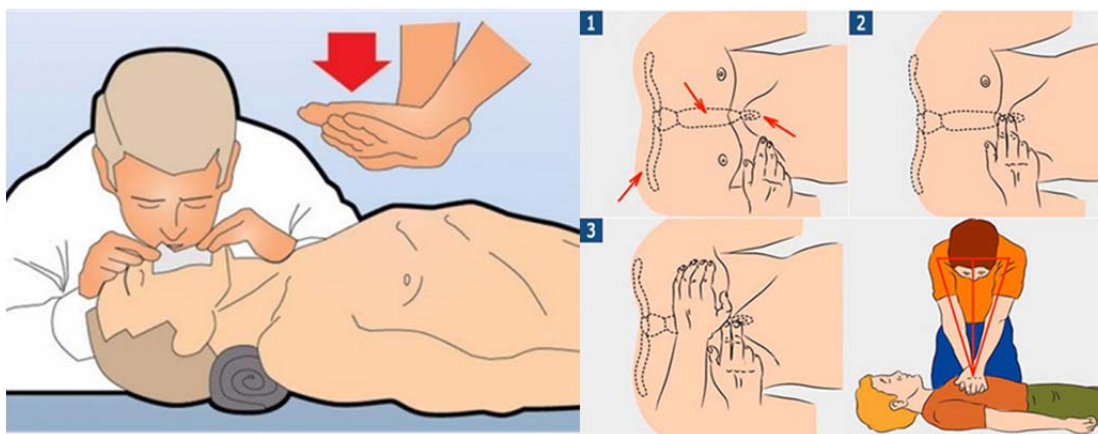
Медичні працівники повинні володіти методами виконання найпростіших засобів оживлення організму при зупинці серцевої діяльності і дихання, які можуть з'явитись у агонуючих хворих, а іноді і при інших екстремальних ситуаціях – утопленні, сонячному ударі, електротравмі тощо.

Штучне дихання. Ефективним способом штучного дихання є дихання, яке проводиться «із рота в рот» або «із рота в ніс» (мал. 13.1).

Метод «із рота в рот». Спочатку перевіряють порожнину рота і відновлюють прохідність верхніх дихальних шляхів. Потерпілого кладуть на спину на тверду рівну поверхню, відкинувши голову різко назад, для чого під плечі необхідно покласти валик або будь-який згорток. Для запобігання переохолодження організму потерпілого, під його спину доцільно покласти підстилку (ковдру, пальто). Особа, що надає допомогу, пальцями затискає потерпілому ніс, робить глибокий вдих, притискає свої губи до губ потерпілого, швидко робить різкий видих йому в рот і відкидається назад. Під час вдування повітря в легені потерпілого спостерігається розширення його грудної клітки. Коли рятувальник відкидається назад, грудна клітка потерпілого спадає, відбувається видих. Вдування повторюють з частотою 8-12 раз на хвилину в дорослих та 20 вдихів за хвилину в дітей. З гігієнічною метою рекомендується рот потерпілого прикрити шматком чистої тонкої тканини (носовик, край сорочки, бинт, косинка тощо).

Метод «із рота в ніс» застосовується якщо поранений рот, щелепи. Тоді потерпілому відхиляють голову назад однією рукою і закривають рот другою, вдуваючи повітря через носові ходи. При видиху йому слід рот відкривати.

Зовнішній (непрямий) масаж серця здійснюється одразу після його зупинки. Потерпілого кладуть на спину на тверду поверхню. Особа, що надає допомогу, стає на коліна зліва від потерпілого, кладе обидві долоні (одна поверх другої) на нижню третину грудної клітки і починає робити масаж – ритмічне стискання серця між грудиною та хребтом з частотою 60 разів на хвилину. Руки під час поштовху забороняється згинати у ліктьових суглобах, вони повинні бути прямими. Сила поштовхів має бути такою, щоб грудина зміщувалась вглибину на 4-5 см. Після кожного поштовху швидко розслабляють руки, не віднімаючи їх від грудей, при цьому грудна клітка потерпілого розправляється і кров надходить у серце. При правильному масажі серця під час натискання на грудину відчуватиметься легкий поштовх сонної артерії, звуження протягом кількох секунд зіниць; рожевіє шкіра обличчя і губи; з'являються самостійні вдихи. При виконанні серцево-легеневої реанімації одним або двома рятувальниками, співвідношення штучне дихання – масаж серця складає: 2:30. У момент вдування повітря масаж не проводиться.



Мал. 13.1. Штучне дихання «із рота в рот» та непрямий масаж серця.

13.2. Кровотеча та способи зупинення кровотечі.

Кровотеча – це вихід крові за межі судинного русла або серця в навколишнє середовище (зовнішня кровотеча), в порожнину тіла або просвіт порожнього органа (внутрішня кровотеча). Тоб-то це патологічний процес, виникаючий в результаті втрати частини крові, який характеризується рядом патологічних та пристосованих реакцій.

В основі синдрому крововтрати лежить гіповолемія (миттєва, гостра або хронічна форми), вираженність якої залежить від виду пошкодження судини, об'єму втраченої крові, швидкості кровотечі, віку, статі, стану потерпілого, наявності супутніх захворювань, компенсаційних можливостей серцево-судинної системи.

Зовнішня кровотеча. Кровотечу називають зовнішньою, якщо кров виливається в зовнішнє середовище безпосередньо з рани або через природні отвори тіла.

Кровотечі бувають:

1. Артеріальні – кров яскраво-червона, викидається пульсуючою цівкою, поштовхами – найбільш небезпечні.
2. Венозні – кров темно-бордова, витікає з рани рівномірною цівкою, безперервно і повільно.
3. Капілярні – поверхневі, кров виділяється краплями або сочиться з усієї поверхні рани
4. Артеріовенозні – змішані.

Надаючи першу допомогу потерпілому, слід, не гаючи часу, зупинити кровотечу. Застосовують різні способи тимчасового зупинення кровотечі (остаточно кровотечу зупиняють в медичній установі).

Способи тимчасового зупинення кровотечі (мал. 13.2).

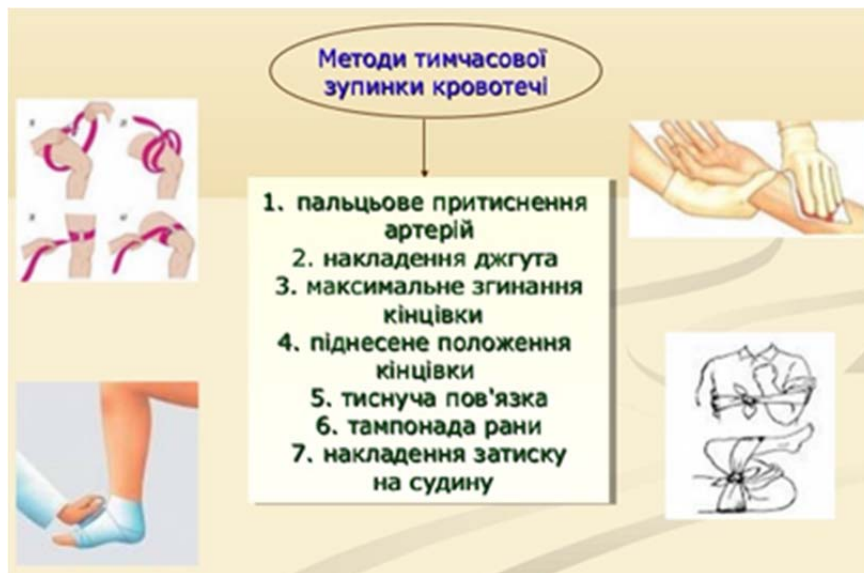
Накладання на рану стискувальної стерильної пов'язки. Якщо поранено руку або ногу, то, наклавши пов'язку, поранену кінцівку треба підняти догори або надати їй підвищеного положення. Шкіру навколо рани обробляють розчином антисептику (йоду, спирту, горілки, одеколону). Якщо з рани виступає сторонній предмет, його треба локалізувати і закріпити, для цього необхідно зробити у пов'язці отвір, інакше цей предмет може ще глибше проникнути всередину і викликати ускладнення. При невеликих венозних (стискувальна пов'язка накладається нижче місця травми) і капілярних кровотечах ці заходи досить ефективні.

Надання кінцівкам певного положення. Коли дуже зігнути ногу в колінному суглобі, то можна зупинити кровотечу із судин стопи та гомілки. Максимально зігнувши руку, зупиняють кровотечу з рани в ділянці передпліччя й ліктьового суглоба. Зігнуті кінцівки перев'язують бинтом, косинкою, ременем тощо, попередньо поклавши в підколінну ямку або ліктьовий згин невеликий валик з бинта чи вати.

Кровотечу з рани в пахвовій ділянці можна зупинити, якщо максимально відвести за спину і зв'язати обидві руки, зігнуті в ліктьових суглобах. При цьому ключиці наближаються до першого ребра і стискають підключичну артерію.

Притиснення артерій до кістки вище від місця ушкодження. Артерії притискають там, де вони розташовані ближче до поверхні тіла.

Скроневу артерію притискають попереду мочки вуха до виличної кістки. При кровотечі з головної шийної (сонної) артерії рану, по можливості, стискають пальцем, після чого набивають великою кількістю марлі, тобто роблять тампонування. Роблять це великим або чотирма іншими пальцями. Стискування артерій пальцями потребує певних зусиль. А під час транспортування потерпілого стискувати артерії досить незручно. Тому, якщо є змога, накладають джгут або стискувальну пов'язку.



Мал. 13.2. Методи тимчасової зупинки кровотечі.

Накладання джгута. У разі ушкодження великих кровоносних судин кінцівок найбільш надійним способом зупинення кровотечі є накладання гумового еластичного або пневматичного джгута, а також зробленого джгута-закрутки (мал. 13.3а, 13.3б).



Мал. 13.3а. Джугт кровозупинний гумово-еластичний.



Мал. 13.3б. Джгут-закрутка

Джгут накладають: 1) на гомілку; 2) на стегно; 3) на передпліччя; 4) на плече; 5) на плече (високо) з прикріпленням до тулуба; 6) на стегно (високо) з прикріпленням до тулуба

Підвищене положення кінцівки веде до зменшення кровонаповнення в ній, що сприяє зменшенню кровотечі. Воно поєднується звичайно з накладанням пов'язки.

Ознаками правильно накладеного джгута є припинення кровотечі й пульсу в місцях прощупування артерій нижче від накладеного джгута; воскувата блідість шкіри кінцівки.

Джгут, накладений слабо, не стискає артерій, а тільки перешкоджає відпливу венозної крові. При цьому кровотеча не припиняється, іноді навіть посилюється, кінцівка стає синюшною. В такому разі джгут замінюють іншим або накладають той самий знову, але трохи вище або нижче від попереднього місця. Надмірне стягування кінцівки джгутом може ушкодити м'які тканини, у тому числі й нервові стовбури.

Стискувати кінцівку джгутом можна не довше як 1.5-2 год., а у дітей не довше 40 хв. (взимку час вдвічі менший), оскільки тривале знекровлення призводить до стійкого порушення функцій і навіть до змертвіння тканин кінцівки. Транспортуючи потерпілого із джгутом у лікувальну установу, до одяжі або до бинта прикріплюють записку, в якій зазначають час накладання джгута.

Тривале стискання кінцівки джгутом нерідко викликає значні больові відчуття. Тому бажано через кожні 30-40 хвилин послаблювати джгути на 2-3 хвилини, попередньо притиснувши артерію пальцями до кістки. Потім джгут знову затягують або перекладають його, трохи відступивши від попереднього місця.

Якщо немає в аптечці стандартного джгута, то застосовують джгут – закрутку. Для цього використовують гумовий шланг, косинку, рушник, шарф тощо. Кінці саморобного джгута міцно зав'язують, вставляють під нього дерев'яну чи іншу паличку і закручують петлю до повного зупинення кровотечі. Щоб джгут не розкрутився, паличку прив'язують до кінцівки.

При пораненні шийних вен, зокрема підключних, може виникнути повітряна емболія – важке смертельне ускладнення, зумовлене засмоктуванням повітря у венозне русло: необхідно притиснути підключичну вену до ключиці.

Кровотеча з носа. Потерпілого треба посадити, дещо нахилити його голову, розстебнути комір. На перенісся, чоло і потилицю кладуть намочену в холодній воді хустинку (рушник), а крила носа притискають великим і вказівним пальцями до носової перетинки. Можна вставити в ніс тампон з вати чи марлі, змочений 3% розчином перекису водню.

Кровотеча з рота (вух). Потерпілого кладуть горизонтально і швидко викликають лікаря, бо це є ознакою порушення внутрішньочерепного тиску при травмі черепа.

Внутрішня кровотеча. У потерпілих внаслідок ушкодження внутрішніх органів (наприклад, легень, печінки, селезінки) виникає внутрішня кровотеча: кров збирається у порожнинах тіла, просякає тканини. Внутрішню кровотечу виявити нелегко. Як при зовнішній, так і при внутрішній кровотечі спостерігаються певні ознаки великої крововтрати: блідість обличчя і слизових оболонок губ; швидке, прискорене дихання; пульс 100 ударів на хвилину та більше; утворюються чорні крапки на стегнах та животі у формі висипки; похолодіння кінцівок, запаморочення, позіхань, слабкість, короткочасна непритомність. Потерпілий повинен перебувати у напівсидячому стані (підкладають подушку під спину) із зігнутими в колінах ногами (холодні компреси). Потерпілому суворо заборонено давати пити.

13.3. Способи іммобілізації та евакуації потерпілого при різних видах ушкоджень.

Переломи. Надання допомоги при переломах різних кісток має ряд особливостей.

При переломі **ключиці** спостерігають: ключиця стає мовби коротшою, біль у місці перелому, плече і вся рука приспущені донизу, рухи руки обмежені.



Мал. 13.4. Іммобілізація ключиці.

Допомога. В пахвову ямку кладуть невеликий м'який валик (щільно скрученої вати або бинта), руку згинають у лікті під прямим кутом і щільно прибинтовують до тулуба, передпліччя підвішують на косинці до шиї (мал. 13.4).

При переломах **плечової кістки** накладають транспортну дротяну шину, захоплюючи надпліччя, плече й передпліччя, зігнуте в ліктьовому суглобі та закріплюють її на плечі й передпліччі бинтом або косинкою, прибинтовують до грудної клітки в ділянці надпліччя. Шини прив'язують, руку підвішують на шиї. Коли транспортної шини на місці пригоди немає, то руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, прибинтовують до тулуба (мал. 13.5). Потерпілого можна транспортувати в положенні сидячи.



Мал. 13.5. Імобілізація плечової кістки.

Кістки передпліччя при переломах у верхній і середній третині знерухомлюють шиною, яку накладають на зовнішню поверхню руки, зігнутої в ліктьовому суглобі, захоплюючи плече, передпліччя й кисть. Або накладають дві шини з підручних матеріалів: одну з внутрішньої сторони руки так, щоб її верхній кінець доходив до підпахвової впадини, а другу шину накладають з зовнішньої сторони руки (верхній кінець повинен виступати над плечовим суглобом). Шини прив'язують, руку підвішують до шиї. При переломах кісток передпліччя в нижній третині одну шину накладають на внутрішню сторону (долонну поверхню), іншу – на зовнішню. Обидві шини мають виступати за лікоть і доходити до пальців. Руку згинають у ліктьовому суглобі та підвішують на шиї (мал. 13.6).



Мал. 13.6. Імобілізація кістки передпліччя.

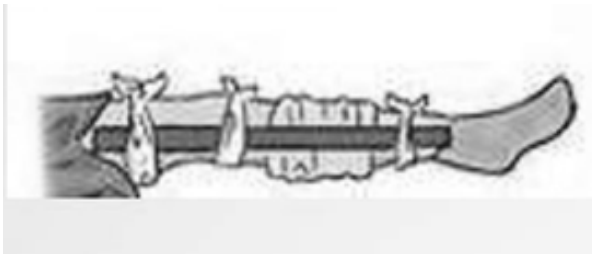
Для знерухомлення **кісток кисті й пальців** використовують пневматичну, фанерну або картонну шину, яку накладають на долонну поверхню передпліччя, кисті і пальців, надаючи їм напівзігнутого положення (підкладають рулон вати, бинту).

Характерними ознаками перелому **стегнової кістки** є різкий біль, неможливість підняти ногу, викривлення її, вивернення стопи назовні. Потерпілим накладають спеціальні транспортні шини дротяні чи дерев'яні: одну – на внутрішню поверхню ноги від паху до стопи, а другу – на зовнішню поверхню ноги й тулуба від пахової ямки до стопи. Обидві шини вистилияють ватою і прибинтовують круговими турами на гомілці, стегні, животі, грудній клітці. Якщо шини короткі, то з двох роблять одну потрібного розміру. Перевозять потерпілих у положенні лежачи на спині (мал. 13.7).



Мал. 13.7. Імобілізація стегнової кістки.

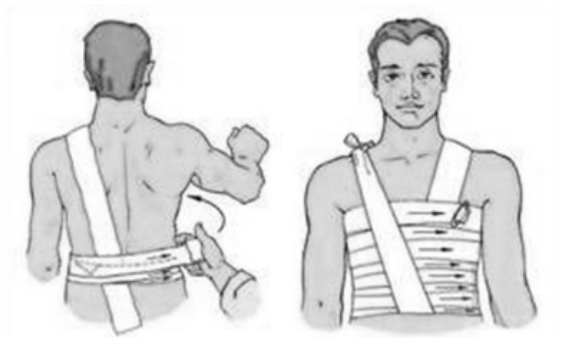
При переломах **кісток гомілки** накладають стандартну транспортну шину на задню поверхню кінцівки, захоплюючи колінний і гомілковостопний суглоби, а також стопу. У разі потреби використовують дві фанерні чи дерев'яні шини (накладають їх на внутрішню і зовнішню поверхню ноги від стопи до середини стегна), ушкоджену ногу прибинтовують до здорової (мал.13.8). Потерпілого перевозять до лікарні на ношах.



Мал. 13.8. Імобілізація кісток гомілки.

При переломі **кісток стопи** шина має бути трішки більшою, ніж довжина стопи. Закріплюють шину при положенні стопи відносно гомілки під прямим кутом. Якщо стопа звисає, її положення не можна міняти.

Якщо **поломані ребра**, потерпілий відчуває сильний біль у місці перелому, що посилюється під час вдихання повітря, кашлю, рухах грудної клітки. Коли одночасно **пошкоджена плевра та легені**, під шкірою скупчується повітря (підшкірна емфізема).

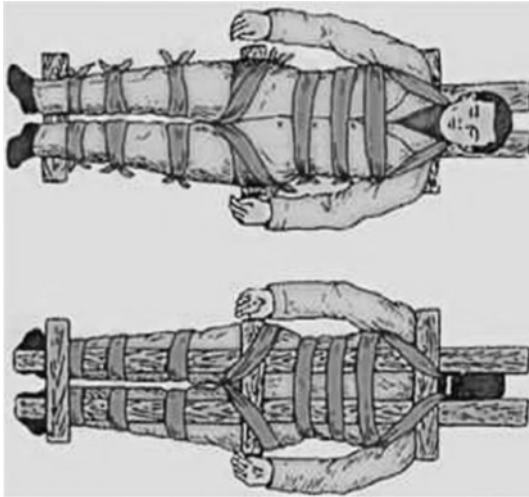


Мал. 13.9. Імобілізація при переломі ребер.

В таких випадках під час прощупування під шкірою відчувається потріскування бульбашок повітря. Інколи спостерігається відхаркування крові. Потрібно накласти тугу пов'язку навколо нижньої частини грудної клітки з метою обмеження її рухливості під час дихання (мал. 13.9). Для зменшення болю можна дати потерпілому знеболювальні препарати. Перевозити потерпілого необхідно сидячи.

Переломи хребта надзвичайно небезпечні, особливо в тих випадках, коли **пошкоджено спинний мозок**. Характерні ознаки: різкий біль в ділянці виступаючих позаду відростків, неможливість рухів в ділянці хребта. Коли внаслідок перелому пошкоджено спинний мозок, то спостерігається параліч кінцівок, втрата чутливості тіла нижче місця перелому, розлад функцій тазових органів (затримка сечі та калу).

Потерпілого необхідно дуже обережно піднімати та переносити. Не допускати згинання хребта, тому що в цьому випадку можна пошкодити спинний мозок. Заборонено піднімати за руки і ноги, щоб кістки не уразили спинного мозку, нервів, м'які тканини. Піднімати й перекладати такого хворого мають не менш як троє людей. Найважливіше – забезпечити нерухомість хребта.



Мал. 13.10. Імобілізація при переломі хребта.

Для попередження травматичного шоку дають знеболювальне (анальгін, настоянка валеріани, корвалол, валокордин, гарячий чай, кава). Потерпілого кладуть на ноші з жорсткою поверхнею в положенні на животі, під плечі та голову підкладають валик. Для того щоб покласти потерпілого на ноші, спершу потрібно обережно повернути його на бік, покласти поряд ноші та перекотити хворого на них, не допускаючи при цьому згинання хребта. Можна перед тим, як піднімати потерпілого, підкласти під нього дошку.

При переломі **шийної частини хребта** голову у потерпілого, який лежить долу, знерухомлюють ватною пов'язкою у вигляді нашійника або великої підкови довкола голови. Товстим шаром вати обгортають шию, підборіддя, потилицю, а потім накладають картонний комір і фіксують бинтом (мал. 13.11). Транспортують на твердих ношах.



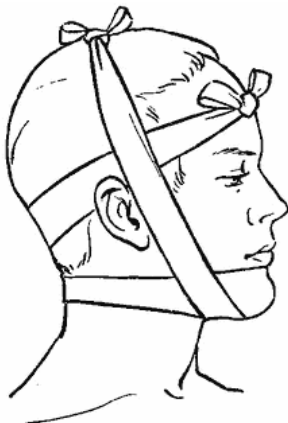
Мал. 13.11. Імобілізація ший.

При переломі *кісток тазу* потерпілий не може стояти, ходити, а лежачи – не може підняти витягнуту ногу, в місці перелому з'являється припухлість, сильні болі, крововиливи в пахову ділянку та порожнину. Треба покласти потерпілого на жорсткі носії обличчям догори, його ногам надати положення «жабки», для чого під коліна підкласти товсті валики. Широким рушником чи простирадлом стягнути таз та верхні частини стегон і терміново доставити потерпілого в медичний заклад.

При переломі *кісток черепа* потерпілого вкладають на спину, голову фіксують так само, як при допомозі у випадку ушкодження шийного відділу хребта. Непритомність потерпілого не є перешкодою для транспортування.

При переломі *кісток носа* починається кровотеча. Потерпілого транспортують в напівсидячому стані, на перенісся накладають лід.

При пошкодженні *щелепи та підборіддя* накладають марлеву пов'язку, контури якої йдуть навколо голови та під підборіддям. У разі перелому верхньої щелепи між верхніми і нижніми зубами прокладають шину (дощечку), а потім пов'язкою через підборіддя фіксують щелепи.



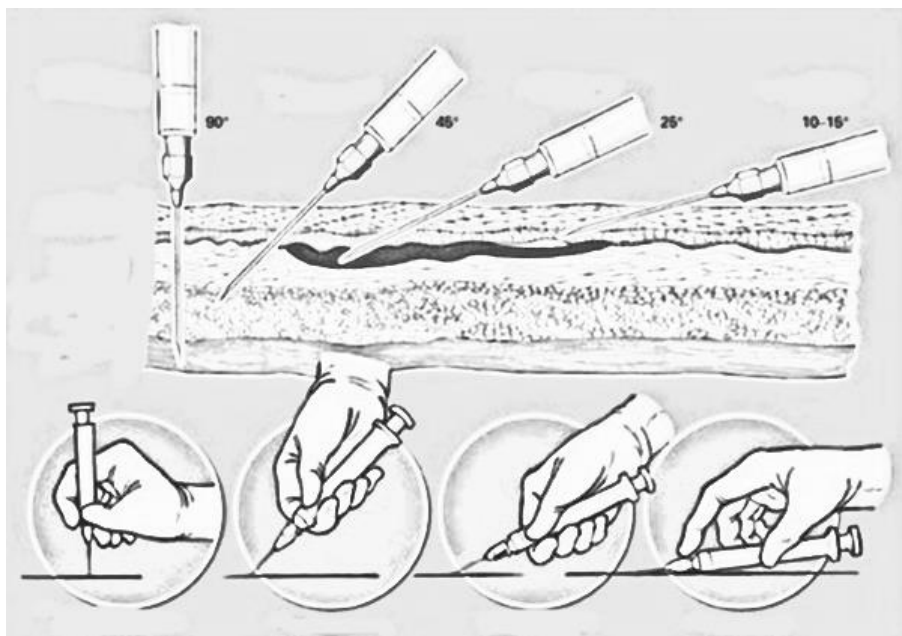
Мал. 13.12. Імобілізація при переломі щелепи.

Транспортують до лікарні потерпілого в сидячому стані з легким нахилом голови вперед, запобігаючи асфіксії кров'ю, слиною чи запалим язиком.

13.4. Види ін'єкцій та техніка їх виконання.

Залежно від призначеного лікування, виконують такі види ін'єкцій (мал 13.13):

- 1) Внутрім'язові (голка вводиться під 90°);
- 2) Підшкірні (під 45°);
- 3) Внутрішньовенні (під 25°);
- 4) Внутрішньошкірні ($10-15^\circ$).



Мал.13.13. Види ін'єкцій від способу введення

Залежно від місця ін'єкції техніка виконання має свої особливості (мал. 13.14, 13.15, 13.16, 13.17):

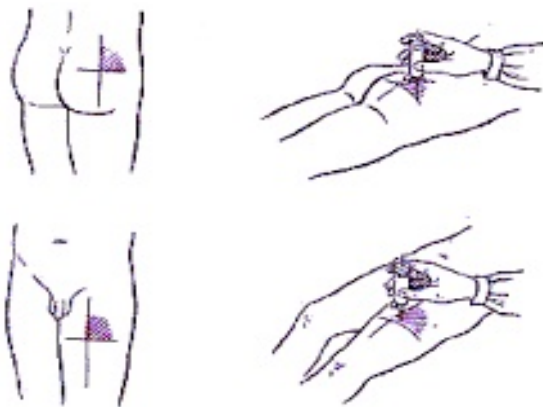
Внутрім'язові ін'єкції. Виконуються в верхньозовнішній квадрат сідниці, зовнішню поверхню стегна; в міжлопаткову або підлопаткову ділянку використовуються шприці ємкістю 5 мл або 10 мл з довжиною голки 7-10 см.

1) Техніка виконання ін'єкції **в сідниці**: хворий лежить на животі, медична сестра подумки ділить сідницю хворого вертикальною і поперечною лінією

на чотири частини – це є зовнішній верхній квадрант сідниці, де не проходять великі кровоносні судини і нервові стовбури. Великим і вказівним пальцями лівої руки притискають і натягують шкіру на місці уколу. Голку швидко вколюють перпендикулярно до поверхні сідниці на глибину 5-6 см, а потім великим пальцем правої руки повільно видавлюють лікарську речовину з шприца в м'яз і швидко витягують голку, на місце ін'єкції кладуть ватний тампон змочений спиртом.

2) Техніка виконання ін'єкції **в стегно**: хворий лежить на спині, місцем ін'єкції є зовнішня або внутрішня частина верхньої або середньої третини стегна. Шкіру захоплюють у велику зморшку. Направлення голки має бути спрямовано навскіс, а шприц потрібно тримати як ручку при письмі. Цих умов потрібно дотримуватись, щоб голка не потрапила в окістя або кістку.

3) Техніка виконання ін'єкції **в міжлопаткову або підлопаткову ділянку** (дельтовидний м'яз): хворий сидить на стільці з випрямленою шиєю та притиснутим до стільця лівим або правим боком. Руку на боці ін'єкції слід опустити і відвести назад; при цьому відповідна лопатка відходить від задньої поверхні грудної клітки, утворюючи невелику западину. Голку вколюють на глибину 5-6 см паралельно поверхні спини, зовні від хребта.



Мал. 13.14. Зони для виконання внутрішньом'язових ін'єкцій.

Ускладнення внутрішньом'язових ін'єкцій:

- утворення інфільтратів, що може бути пов'язане з порушенням правил асептики та спричинити виникнення абсцесу;
- поломка голки;

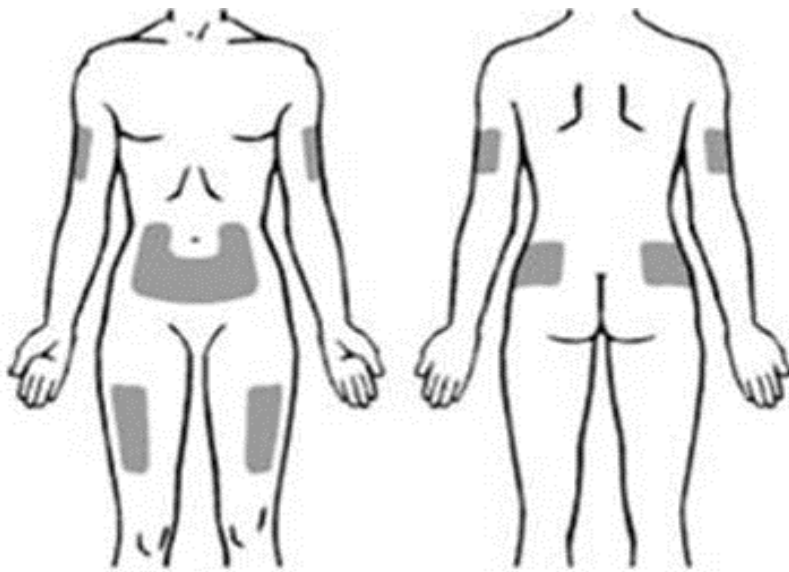
- ушкодження нервових стовбурів внаслідок неправильного вибору місця ін'єкції. Це небезпечне ускладнення може призвести до розвитку парезів та паралічів.

Підшкірні ін'єкції. Виконуються в зовнішню поверхню плеча, підлопаткові ділянки, передньо-бокову поверхню стегна, навколопупкову ділянку.

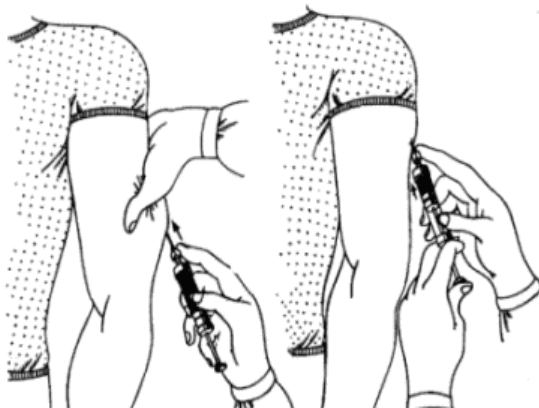
Техніка виконання. Після протирання шкіри етиловим спиртом лівою рукою (великим і вказівним пальцями) збирають її у зморшку, а правою утримують шприц у такий спосіб, щоб другий палець підтримував муфту голки, п'ятий – поршень, а решта пальців – циліндр. Енергійним рухом проколюють шкіру в основі зморшки, тримаючи голку під кутом 45° до поверхні шкіри. Після введення голки на глибину 1,5-2 см повільно вводять ін'єкційний розчин. Після проведення ін'єкції швидким рухом витягують голку, місце уколу протирають ватним тампоном, змоченим етиловим спиртом, який на кілька хвилин притискають до місця ін'єкції. При підшкірному введенні олійних розчинів їх попередньо підігрівають у нерозкритій ампулі з метою профілактики післяін'єкційних абсцесів, ймовірність виникнення яких при введенні холодних розчинів є значно більшою.

Ускладнення підшкірних ін'єкцій:

- утворення запальних та нагнійних процесів на місці ін'єкції (абсцес, флегмона);
- утворення інфільтрату, що повільно розсмоктується (масляні розчини);
- жирова дистрофія підшкірної основи (ліподистрофія при цукровому діабеті);
- гкровотеча з місця ін'єкції (як наслідок травмування невеликої кровоносної судини);
- дуже небезпечним ускладненням є потрапляння в судини олійних розчинів (камфорна олія) або суспензій.



Мал. 13.15. Зони для виконання підшкірних ін'єкцій.



Мал. 13.16. Методика виконання підшкірних ін'єкцій.

Внутрішньошкірні ін'єкції. Використовують для визначення чутливості до антибіотиків, до зовнішніх і внутрішніх алергенів та інших імунологічних проб, а також з діагностичною метою для виявлення активності туберкульозного процесу в організмі (проба Манту).

Техніка виконання. Після протирання шкіри етиловим спиртом тонкою голкою довжиною 1,5-2 см проколюють шкіру, тримаючи голку під гострим кутом 40° до шкіри так, щоб вістря її потрапило під роговий шар. Далі рух голки спрямовують паралельно поверхні шкіри і просовують її на відстань до

0,5 см і повільно вводять 1-2 краплі ліків. Для внутрішньошкірних ін'єкцій використовують внутрішню поверхню передпліччя, шкіру спини, попереку, прекардіальної ділянки.

Щоб виконати пробу на переносність антибіотиків, у ділянку згинальної поверхні передпліччя водять 1000 ОД відповідного антибіотика, розведеного в 0,1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Для контролю в ділянку протилежного передпліччя вводять ізотонічний розчин натрію хлориду. Позитивною вважають пробу, коли через кілька хвилин на місці введення антибіотика з'являється почервоніння та набряк. Це означає, що введення даного антибіотика хворому суворо протипоказане.

Внутрішньовенне струминне введення (впорскування). З метою швидкого надходження в організм лікарських засобів і швидшого прояву їх дії на патологічний процес застосовують метод їх внутрішньовенного введення. Лікарські засоби для внутрішньовенного введення повинні бути стерильними та апірогенними. Вони вводяться у формі водних або спиртових розчинів внутрішньовенно струминно за допомогою стерильного шприця ємністю 20 мл, або крапельно за допомогою стерильної системи для внутрішньовенних вливань.

Найчастіше для внутрішньовенних вливань використовують вену ліктьового згину. Також можуть бути використані вени тильної ділянки кисті і стопи, підключична або стегнова вени. При неможливості введення ін'єкційної голки в порожнину вени доступ до неї проводиться оперативним методом – шляхом венесекції.

Для проведення струминних вливань користуються стерильним шприцем і голками діаметром до 0,5 мм, довжиною 5-6 см.

Техніка виконання. При струминному введенні ліків у вену ліктьового згину створюють у ній штучний застій крові. З цією метою використовують гумовий джгут, за допомогою якого перев'язують середню третину плеча з такою силою, щоб він зупинив венозний відтік крові при одночасному збереженні артеріального притоку, про що свідчитиме наявність пульсу на променевої артерії. Джгут зав'язують неповним вузлом аби його легко було розв'язати. З метою збільшення набухання вени хворому пропонують кілька разів стиснути і розтиснути кулак. Під час проведення процедури хворий повинен сидіти або лежати. Шкіру протирають у місці проколу етиловим спиртом. Для венепункції використовують стерильну голку, яку беруть за муфту пальцями правої руки і тримають над веною. Шкіру над

периферичним відрізком вени відтягують в напрямі кисті. Ін'єкційну голку розміщують над веною під кутом 30° - 40° до поверхні шкіри та обережно її проколюють. Наступним енергійним, але плавним рухом проколюють стінку вени, що може відчуватися тактильно, а також визначатиметься по витіканню із зовнішнього отвору голки крові. Після проколювання голку просувають далі паралельно і вздовж судини. Після цього обережно знімають джгут, приєднують до голки шприц з ліками, зворотнім рухом поршня перевіряють наявність голки в вені, а потім плавним натискуванням на поршень вводять розчин в вену. Після закінчення процедури шприц з голкою швидко витягують з вени, на місце ін'єкції кладуть ватний тампон, змочений в етиловому спирті, і згинають руку в лікті на 2-3 хвилини для зупинки кровотечі (мал. 13.17).



Мал. 13.17. Техніка виконання внутрішньовенних ін'єкцій.

Ускладнення при внутрішньовенних ін'єкціях:

- запалення стінок вени (флебіт);
- при введенні олійних розчинів – жирова емболія;
- при швидкому введенні лікарських засобів – запаморочення, колапс, порушення серцевого ритму.

Внутрішньовенне крапельне вливання. Техніка виконання. Для проведення крапельного вливання інфузійну систему приєднують до голки, яка сполучає флакон з ліками, який розміщено на спеціальному штативі. Система складається із герметично запакованої в поліетиленовому пакеті довгої пластмасової трубки з крапельницею і голками для проколювання вени. Система стерильна і розрахована на одноразове використання. Термін її придатності позначений на пакеті. Перед її використанням необхідно видалити з неї повітря, для чого нижній кінець системи опускають якомога нижче, завдяки чому розчин який знаходиться у флаконі, заповнює весь просвіт трубок системи. Після її заповнення перетискають трубку в ділянці

ближчій до канюлі. Після стискування вени за допомогою джгута і її проколювання ін'єкційну голку з'єднують з системою, відкривають затискач і за допомогою крапельного пристрою відрегульовують кількість крапель. Голку прикріплюють до шкіри за допомогою лейкопластиря. Після закінчення вливання подальше надходження ліків зупиняють затискачем. Потім виймають голку і одночасно до місця ін'єкції прикладають стерильний ватний тампон, змочений у етиловому спирті, а руку згинають у ліктьовому суглобі до зупинки кровотечі.

Метод внутрішньовенного введення медикаментів використовують також з метою переливання крові або гемотрансфузії (від лат. haema – кров, transfusio – переливаю).

Ускладнення. При порушенні техніки внутрішньовенного введення ліків можливе попадання повітря в судинне русло з утворенням повітряної емболії. Повітряна емболія – надто тяжке ускладнення, яке може спричинити раптову смерть хворого. Для його попередження слід суворо стежити за тим, аби з шприца або з системи при проведенні вливання було витіснене все повітря. Слід бути обачним при використанні олійних розчинів, при попаданні яких у венозне русло може виникнути жирова емболія.

13.5. Методика вимірювання артеріального тиску.

На прийомі у лікаря, після збору анамнезу та 5-ти хвилин відпочинку, розпочинають проводити вимірювання артеріального тиску. Пацієнт приймає зручне положення сидячи або лежачи в спокійній, розслабленій позі, рука пацієнта лежить в розігнутому положенні (долонею вгору) на одному рівні з апаратом. Манжетку тонометра накладають на оголене плече пацієнта на 2-3 см. вище ліктьового згину на рівні його серця так, щоб між ними проходив один палець. Щільно, але без здавлення м'яких тканин, закріпити манжетку на плечі за допомогою застібки (гачок, липка стрічка). З'єднати манометр з манжетою, зміцнивши його на манжеті, перевірити положення стрілки (стовпчика ртуті) щодо нульової позначки шкали. Визначити пульс на ліктьовій артерії в ділянці ліктьової ямки, встановивши на це місце фонендоскоп (тиск головки фонендоскопа має бути помірним, інакше дані будуть спотворені). Закрити вентиль на груші і накачати балончиком повітря в манжетку до зникнення пульсації в ліктьовій артерії і до показань манометра вище норми (у даного пацієнта) на 20-30 мм.рт.ст. Надалі відкрити вентиль та повільно випускати повітря з манжети, стежити за швидкістю опускання стовпчика або руху стрілки (показники можуть змінюватися зі швидкістю 2 мм.рт.ст./сек); одночасно уважно вислухайте

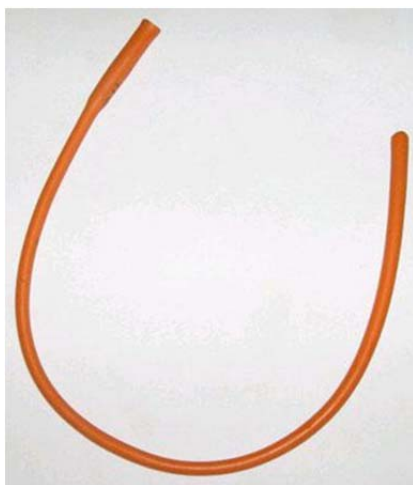
тони на артерії та стежте за показаннями манометра. Відзначити показання манометра в момент появи перших звуків (тонів) – це величина артеріального тиску в момент серцевого скорочення (сistolічний АТ) та в момент зникнення тонів – артеріальний тиск в момент розслаблення серця (діастолічний АТ); випустіть повітря з манжети повністю. Зняти манжету тонометра з руки пацієнта та укласти в чохол. Дані записати цифрами в листі спостереження у вигляді дробу (у чисельнику – систолічний тиск, в знаменнику – діастолічний) і температурному аркуші.

Більш детально методика визначення та характеристики артеріального тиску викладено у Розділі 7(7.2).

13.6. Способи та техніка очищення кишечника.

Для очищення кишечника застосовують клізми та газовідвідну трубку. Газовідвідну трубку застосовують у тяжкохворих у разі посиленого газообміну в кишках. Накопичення газів у кишках (метеоризм), які не виходять самостійно, спричиняють біль у черевній порожнині та болісно переносяться хворими. Метеоризм може призвести до погіршення стану хворого, спричинити розлад серцевої та дихальної діяльності, порушення багатьох функцій організму. Очисна клізма зменшує газоутворення й відводить гази, але вона дає короткочасний ефект.

Газовідвідна трубка – м'яка товстостінна полірована гумова трубка завдовжки 30-50 см., діаметром 3-5 мм. Зовнішній кінець трубки злегка розширений, внутрішній (який вводять в анальний отвір) – закруглений. На закругленому кінці трубки на бічній стінці є два отвори (мал. 13.18).



Мал. 13.18. Газовідвідна трубка.

Для проведення маніпуляції необхідно: стерильна газовідвідна трубка, шпатель, вазелін, лоток, судно, клейонка, пелюшка, серветки, гумові рукавички (для медичної сестри), ємність з дезінфікуючим розчином.

Техніка введення газовідвідної трубки. Надягають гумові рукавички, надають хворому положення на лівому боці з приведеними до живота ногами, під таз хворого підстеляють клейонку. Процедуру проводять у положенні хворого на спині при зігнутих у колінах і дещо розведених ногах, якщо хворого не можна повертати на бік. Заокруглений кінець трубки змащують вазеліном, розводять сідниці і, не поспішаючи, обертовими рухами вводять трубку в пряму кишку через анальний отвір на глибину 20-30 см. Трубку залишають в кишках не довше ніж на 2 год., потім виймають її. Шкіру довкола анального отвору протирають серветкою, за потреби миють теплою водою або припудрюють присипкою. Процедуру можна повторити декілька разів протягом доби.

Клізма – це введення у кишки через пряму кишку різних рідин з діагностичною або лікувальною метою. Розрізняють клізми – очисні, сифонні, лікарські та краплинні.

З лікувальною метою призначають очисні, стимулювальні, сифонні, живильні (для введення поживних речовин в організм ослаблених хворих) та лікувальні клізми; з діагностичною метою – клізми, призначені для введення в кишки контрастних речовин для рентгенологічного дослідження. Очисні та сифонні клізми призначають перед проведенням інструментальних досліджень, операцій; лікувальні – для введення медикаментозних препаратів загального та місцевого призначення. Очисні та стимулюючі клізми призначає лікар або досвідчений середній медпрацівник; лікарські та живильні клізми – призначає лише лікар.

Очисна клізма. Призначається для розрідження та вилучення вмісту нижнього відділу товстої кишки.

Для проведення маніпуляції необхідно: кухоль Есмарха, штатив, 1-2 літри води кімнатної температури, клейонка, таз, вазелінова олія, гумові рукавички.

Техніка виконання очисної клізми. Закривають кран на гумовій трубці кухля Есмарха. Насаджують простерилізований наконечник на трубку, перевіряють цілість наконечника. Наповнюють кухоль Есмарха на третину об'єму водою. Відкривають кран на гумовій трубці та заповнюють

всю систему водою. Кран на трубці закривають. Хворого вкладають на лівий бік на край ліжка або кушетки з підігнутими до живота ногами. Під сідниці хворого кладуть клейонку, яку звішують з ліжка до підлоги. Ставлять підкладне судно, на випадок, якщо хворий не зможе втримати воду. Змащують наконечник вазеліновою олією, беруть його пальцями правої руки. Лівою рукою відводять праву сідницю хворого догори. Легкими обертовими рухами вводять наконечник у анальний отвір. Перші 3-4 см вводять наконечник у напрямку до пупка, а потім ще на 5-8 см паралельно куприку. Не можна вводити наконечник із зусиллям, бо це можна призвести до поранення стінки кишки. Піднімають кухоль Есмарха на 1 м над кушеткою і закріплюють на штативі. Відкривають кран на гумовій трубці. Якщо вода не надходить до кишки, це може бути зумовлено тим, що наконечник упирається в стінку кишки або в твердий кал. Наконечник витягують на 1-2 см і знову просувають вперед. Необхідно слідкувати за швидкістю надходження води в кишки, регулюючи цей процес висотою положення кухля Есмарха. Швидке надходження води може викликати виникнення болю, позиви до дефекації. При закріпі, що супроводжується млявою перистальтикою кишок, ставлять прохолодну (20°C , рідше $16-14^{\circ}\text{C}$) клізму. При спастичному закріпі застосовують теплі (40°C) клізми.

Спорожняють кухоль Есмарха (мал. 13.19) не до кінця, на дні кухля залишають невелику кількість води для запобігання надходження повітря до кишечника. Після введення рідини, кран на гумовій трубці закривають і виводять наконечник з анального отвору обертовими рухами. Відокремлюють наконечник від системи, занурюють його у 1% розчин хлораміну, потім кип'ятять протягом 15 хв. Кухоль Есмарха миють, витирають.



Мал. 13.19. Кухоль Есмарха.

Після введення рідини хворий повинен затримати її в кишках протягом 5-10 хв. Це досягається тим, що він спокійно лежить на спині та глибоко дихає. Якщо клізма не дала ефекту, її повторюють через декілька годин.

Сифонна клізма. Застосовують при кишковій непрохідності, отруєннях, а також для видалення з кишок продуктів бродіння і для відходження газів.

Для постановки сифонної клізми необхідно: лійку ємністю 0,5 л, гумову трубку довжиною 1,5 м і діаметром 1,5 см, яка з'єднана з гнучким гумовим наконечником. Крім того необхідно мати глечик, клейонку, таз для промивних вод, вазелінову олію, гумові рукавички, марлеві серветки, ватні тампони, 10-12 л чистої води температурою 37-38⁰С, або слабкого розчину перманганату калію.

Техніка виконання сифонної клізми. Хворого вкладають на лівий бік на край ліжка або кушетки з підігнутими до живота ногами, під сідниці кладуть клейонку, яку зв'язують з ліжка до підлоги. Ставлять підкладне судно, на випадок, якщо хворий не зможе втримати воду. Змащують наконечник вазеліновою олією, беруть його пальцями правої руки. Лівою рукою відводять праву сідницю хворого догори. Легкими обертовими рухами вводять наконечник у анальний отвір на глибину 20-30 см. На вільний кінець трубки насаджують лійку і ставлять її нижче рівня сідниць хворого в нахиленому положенні. Наливають воду у лійку, поступово піднімаючи її на 0,5 м над тілом хворого. Рівень води зменшується у зв'язку з надходженням її до кишок. Як тільки рівень води досягне звуженого місця лійки, останню опускають над тазом, не перевертаючи, чекають поки вона заповниться вмістом кишок і виливають його у таз. Лійку знову заповнюють водою, піднімають трубку над тілом хворого і так повторюють декілька разів.

Олійна клізма. Дія клізми заснована на послаблюючому ефекті внаслідок посилення секреторної функції кишечника і перистальтичної активності кишкових м'язів. Дія олійної клізми на слизову оболонку кишки значно ніжніша, ніж очисної клізми. Тому її призначають у випадках, коли необхідно очистити кишечник з мінімальним його подразненням, наприклад, при запальних процесах у ділянках анального отвору, при запаленні гемороїдальних вузлів.

Для олійної клізми найчастіше використовують злегка підігріту олію або рідкий вазелін у кількості 150-200 мл.

Олію (вазелін) вводять у пряму кишку за допомогою гумової груші або шприца Жане з гумовим наконечником. Введення проводять повільно, завдяки чому забезпечується рівномірне розміщення олії по стінках кишки.

Після процедури хворий повинен протягом 10-15 хвилин знаходитись у горизонтальному положенні. Клізма діє через 8-10 годин.

Гіпертонічна клізма. Гіпертонічну клізму частіше призначають при атонічних колітах, які супроводжуються запорами, а також при післяопераційних парезах кишечника. Механізм дії гіпертонічної клізми заснований на активації процесів трансудації рідини через стінку кишки, а також на прискоренні перистальтики кишечника, що викликає розрідження калових мас. Для гіпертонічної клізми використовують гіпертонічні розчини, наприклад, 10% розчин натрію хлориду або 30% магнію сульфату.

Техніка виконання гіпертонічної клізми не відрізняється від олійної, однак при гіпертонічній клізмі акт дефекації настає значно раніше – приблизно через півгодини після процедури. З метою посилення послаблюючої дії очисної клізми до гіпертонічного розчину іноді додають 1-2 столові ложки подрібненого дитячого мила.

Лікувальна клізма. Лікувальні клізми бувають загальної та місцевої дії. Лікувальну клізму загальної дії застосовують, коли не можливе або небажане пероральне або парентеральне введення ліків.

Для проведення лікувальної клізми необхідно мати гумовий балон або шприц Жане з довгим гумовим наконечником, глечик, клейонку, вазелінову олію, гумові рукавички, марлеві серветки, ватні тампони.

За 30-40 хв. до проведення маніпуляції ставлять очисну клізму, після спорожнення кишок починають вводити ліки. Хворого вкладають на лівий бік на край ліжка або кушетки з підігнутими до живота ногами. Під сідниці хворого кладуть клейонку, яку звішують з ліжка до підлоги. Змащують наконечник вазеліновою олією, беруть його пальцями правої руки. Лівою рукою відводять праву сідницю хворого догори. Легкими обертовими рухами вводять наконечник у анальний отвір на глибину 10-12 см, потім з'єднують гумову трубку з шприцом Жане і повільно вводять ліки. Затискають зовнішній отвір трубки, щоб з неї не витікала рідина.

Крапельна клізма. При цьому способі введення лікарських речовин вони надходять у пряму кишку повільно для кращого всмоктування. При

цьому вони не розтягують кишку, не посилюють її перистальтику і не провокують акт дефекації.

Для постановки крапельної клізми використовують ту ж систему, що й для очисної, але в гумову трубку, яка з'єднує наконечник з кухлем Есмарха встановлюють крапельницю з затискачем. Його загвинчують таким чином, щоб рідина надходила в пряму кишку не струменем, а краплями. Затискач регулює частоту крапель (40-80-120 крапель за 1 хв.). Протягом доби можна ввести до 3 л рідини. Замість кухля Есмарха можна використати систему для внутрішньовенного введення ліків з наконечником. Кухоль з розчином підвішують на висоту 1 м над рівнем ліжка. Медична сестра повинна слідкувати, щоб хворий був добре вкритий (бо цю процедуру виконують протягом тривалого часу), щоб не перегиналися трубки і не припинялося надходження рідини.

Харчова клізма. Цей різновид клізми є однією із форм штучного харчування. Харчову клізму застосовують у випадках, коли хворий позбавлений або обмежений у можливості приймати їжу через рот. Застосування харчових клізм обмежене в зв'язку з неможливістю всмоктування у прямій кишці великої кількості поживних речовин. Найчастіше харчову клізму застосовують двічі, рідше – тричі на добу. За допомогою харчової клізми можна вводити в організм 5% і 10% розчини глюкози, воду, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчини амінокислот. Об'єм однієї клізми не повинен перевищувати 200 мл, а температура поживної суміші повинна бути в межах 38-40° С. Поживні речовини вводять дуже повільно. Для постановки харчової клізми використовують гумовий балон (грушу) з м'яким наконечником, який гвинтоподібними (обертальними) рухами вводять у пряму кишку. При неможливості застосування харчової клізми (органічні захворювання прямої кишки) поживні речовини вводяться за допомогою крапельної клізми.

Рідина, яку вводять за допомогою клізми має температурний та механічний вплив на кишечник, який можливо регулювати. Механічний вплив збільшують або зменшують корегуванням кількості рідини (в середньому 1-1,5 л), тиск (чим вище чаша Есмарха тим більший тиск рідини, яка вводиться), швидкість введення, температура (чим нижче температура рідини тим сильніше скорочення кишечника). Рекомендована температура води для клізми 37-39⁰С, але при атонічному закріпі використовують холодні клізми (до 12⁰С), при спастичному – теплі та гарячі (37-42⁰С), які зменшують спазм.

Дезінфекція приладдя для постановки клізми. Після використання наконечник, газовивідну трубку, шприц Жане в розібраному вигляді, гумовий балон, заповнений дезінфікуючим розчином, замочіть 3% розчин хлораміну протягом 1 години. Ретельно промийте гарячою водою (при необхідності знежирте) і прокип'ятіть в дистильованій воді протягом 30 хвилин. Кухоль і гумову трубку протріть двічі полотниною, змоченою 3% розчином хлораміну, промийте водою і висушіть.

Загальні протипоказання щодо проведення клізм. Абсолютні протипоказання для всіх видів клізм: шлунково-кишкові кровотечі, гострі запальні процеси в товстій кишці, гострі запальні або виразково-запальні процеси в області заднього проходу, злаякісні новоутворення прямої кишки, гострий апендицит, перитоніт, перші дні після операцій на органах травлення, кровотеча із гемороїдальних вузлів, випадіння прямої кишки.

Промивання шлунка. Процедуру застосовують для звільнення шлунка від токсичних продуктів при отруєнні недоброякісною їжею, отрутами синтетичного і рослинного походження (зокрема, отруйними грибами, алкоголем, деякими ліками, лугами, кислотами), а також при деяких захворюваннях (рак, ниркова недостатність, важкі форми цукрового діабету), при яких в шлунку накопичуються токсичні речовини.

Для промивання шлунка використовують товстий шлунковий зонд, сполучений із скляною лійкою ємкістю 1-2 л. Промивання проводять водою кімнатної температури, в якій розчиняють невелику кількість натрія гідрокарбонату (1 ч ложка на 1 л води) або марганцевокислого калія (до блідо-рожевого забарвлення).

Промивання проводять у такій послідовності. Хворого розміщують на стільці або табуретці з дещо нахиленою наперед головою. Між розведеними колінами хворого слід поставити таз або відро. Зубні протези, що знімаються, перед промиванням необхідно видалити. Передню частину тіла (груди, живіт) закривають клейончатим фартухом. Промивають шлунок простерилізованим (кип'яченим) зондом. Особа, яка проводить промивання, розташовується справа від хворого. Трьома пальцями правої руки вона тримає зонд (як письмову ручку) неподалік від закругленого кінця (на 4-5 см), пропонує хворому широко відкрити рот і вимовити звук «а-а-а». Одночасно швидким рухом зонд вводять за корінь язика, після чого хворий закриває рот і робить кілька ковтальних рухів. Необхідно пояснити хворому, що під час проковтування зонда блювотний рефлекс можна зменшити ковтальними рухами і глибоким диханням через ніс. Не слід дозволяти

хворому самотійно висмикувати зонд або стискувати його зубами. Якщо на зонді відсутня відповідна мітка (II), глибину його проходження можна визначити у такий спосіб: вимірюють відстань від пупка до різців, до якої додають розмір ширини долоні. На таку віддаль повинен бути введений зонд для того, щоб він потрапив у порожнину шлунка. Для забезпечення проходження зонда по стравоходу необхідно після кількох ковтальних рухів енергійно проштовхувати його на невелику відстань. Якщо зонд потрапив у дихальне горло, що може бути визначене по виникненню у хворого кашлю і асфіксії, його треба терміново витягнути і через кілька хвилин спробувати ввести знову. При введенні зонда лійку тримають на рівні колін хворого, аби уникнути доступу повітря в шлунок. Коли зонд потрапив до шлунка, в лійку наливають заздалегідь підготовлений розчин і поступово піднімають її вище рівня рота хворого. Рідина швидко переходить з лійки в шлунок. Для того, щоб запобігти засмоктуванню у шлунок повітря, слід до повного випорожнення лійки наповнювати її новою порцією розчину. Коли вода перестане виливатися з лійки, її опускають до рівня колін хворого і тримають над відром. Рідина разом із вмістом шлунка, згідно закону сполучених судин, надходить з шлунка до лійки і виливатиметься у відро. Процедуру повторюють доти, доки промивна рідина стане чистою. Іноді для проведення процедури використовують до 10-12 л води. Ослабленим хворим промивання може бути проведене у лежачому положенні (на боку) з низько опущеною головою. Після закінчення процедури зонд виймають швидким рухом, промивають водою і від'єднують лійку, потім всі частини кип'ятять.

Коли хворий не може проковтнути зонд, промивання шлунка проводять беззондовим методом. Хворий випиває до несхочу (в середньому це складає 1,5-2 л) теплої води чи низько концентрованого водного розчину марганцевокислого калію. Якщо блювотний рефлекс не наступив самотійно, його можна викликати рефлексорно – шляхом подразнення кореня язика або задньої частини глотки за допомогою пальця, ложки, шпателя, чи надавлюванням долонею на епігастральну ділянку. Перші порції промивних вод слід зібрати у стерильну скляну банку з широким горлом із тісно притертою пробкою і відправити до лабораторії для проведення хімічних та бактеріологічних досліджень.

Розділ 14. Методика виконання заходів першої медичної допомоги при невідкладних станах за надзвичайних умов.

Перша долікарська допомога – це комплекс термінових дій, спрямованих на збереження здоров'я і життя потерпілого, яка надається

одразу на місці надзвичайної події та в період транспортування до медичного закладу. Своєчасне надання правильно проведенної першої долікарської допомоги запобігає виникненню у хворого тяжких ускладнень, пацієнт краще реагує на лікування.

14.1. Перша допомога при отруєнні.

Отруєння – це група захворювань, викликаних впливом на організм отруйних речовин різного походження. При отруєнні, ще до прибуття лікаря, необхідно негайно припинити контакт потерпілого з отруйною речовиною та видалити її з організму. Отруйна речовина може потрапити в організм людини через шлунково-кишковий тракт, органи дихання та шкіру або слизові оболонки і залежно від цього надається перша допомога.

Першорядні дії невідкладної медичної допомоги при гострих отруєннях:

- 1) попередження всмоктування токсичних речовин;
- 2) проведення специфічної (антидотної) і симптоматичної терапії;
- 3) видалення токсичних речовин, що надійшли в кров (штучна детоксикація).

Типові клінічні симптоми отруєння різними речовинами (грибами, ліками, харчовими продуктами, алкогольними та наркотичними речовинами) через потрапляння у **шлунково-кишковий тракт**: загальне нездужання, неодноразове блювання, нудота, біль у животі, діарея, головний біль, спрага, блідість, підвищення температури до 38-40°C, частий слабкий пульс, зниження артеріального тиску, судоми.

При потраплянні отрути у шлунково-кишковий тракт (за винятком кислот чи лугів) **негайно виконують такі дії**:

1. Потерпілому негайно кілька разів промивають шлунок до появи чистих промивних вод.
2. Змушують хворого випити 1.5-2.0 л води ледь підфарбованої марганцевокислим калієм або води з питною содою (1 чайна ложка на 1 склянку води) та викликають блювання подразненням кореня язика.
3. Використовують адсорбенти (активоване вугілля), обволікаючі речовини, для виведення отрути з кишківника. Як обволікальний засіб дають яєчний білок (білки осаджують тяжкі метали), білкову воду (2-3

яєчні білки на 0,5 л. води); слизові відвари, відвар льонового насіння, молоко, кисіль, рідкий крохмальний клейстер, рослинне масло тощо.

4. Після вживання адсорбувальних речовин дають сольове послаблююче або роблять повторне промивання, щоб вивести адсорбент разом із зв'язаною отрутою (1 ст. л. гіркої солі (сульфат магнію) на 1/2 склянки води).

5. Потерпілого зігрівають та дають пити багато води.

Якщо *отруйні гази (оксид вуглецю) або випари* потрапляють у дихальні шляхи, потерпілому потрібно забезпечити приплив свіжого повітря, вивільнити його від одягу, що утруднює дихання. При винекненні запаморочення або непритомності дають понюхати нашатирний спирт, при зупинці дихання – проводять штучне дихання. На голову і груди кладуть холодний компрес (змочену холодною водою тканину), та дають дихати зволоженним киснем.

При отруєнні *ліками, алкогольними та наркотичними речовинами* перша допомога полягає в тому, що потерпілого ні в якому разі не можна залишати самого, оскільки в нього можуть спостерігатися порушення роботи центральної нервової системи (збудження або гальмування), непритомність, параліч дихання, клінічна смерть.

При отруєнні *кислотами та лугами* клінічні ознаки: труднощі при ковтанні, опік (набряк) слизових, різкі болі в ротовій порожнині, стравоході та в шлунку, блювання з домішками крові. Потерпілі збуджені, можливий набряк гортані з розвитком асфіксії, непритомність.

Допомога. Негайно видалити слину та слиз з рота потерпілого, загорнувши чайну ложку в марлю, серветку чи хустинку, протерти ротову порожнину. Шлунок промивати не можна, тому що це може викликати блювання і призвести до потрапляння отрути у дихальні шляхи. Можна лише дати потерпілому 2-3 склянки води, щоб розбавити кислоту чи луг і зменшити тим самим їх агресивну дію. Не можна також нейтралізувати кислоту, що потрапила у шлунок, лугом та навпаки, оскільки при цьому утворюється велика кількість вуглекислого газу, що призводить до розтягування шлунка, посилення болю та кровотечі. Якщо потерпілий при отруєнні кислотою не втрачає свідомості, рекомендується дати йому випити склянку молока, обволікальні засоби – вівсяний або льоновий відвар, кисіль, білок з сирих яєць. Якщо виникли ознаки задухи, проводять штучне дихання

– краще способом «з рота в ніс», оскільки слизова оболонка рота потерпілого обпечена.

14.2. Перша допомога при утопленні.

Утоплення – гострий патологічний стан, що розвивається при випадковому або навмисному зануренні в рідину, з подальшим розвитком ознак гострої дихальної та гострої серцевої недостатності, причиною виникнення яких є попадання рідини в дихальні шляхи.

Розрізняють 3 види утоплення у воді:

- 1) істинне (мокре);
- 2) асфіксичне (сухе);
- 3) смерть у воді (синкопальний тип утоплення).

Істинне утоплення виникає тоді, коли вода потрапляє в альвеоли. Патогенез буде різний в залежності від того, в якій воді сталося утоплення (прісній або морській).

Прісна вода швидко покидає альвеоли і проникає в судинне русло, в силу різниці осмотичного градієнта з кров'ю. Це призводить до збільшення ОЦК і гемодилуції, набряку легенів, гемолізу еритроцитів, зменшенню концентрації іонів натрію, хлору і кальцію плазми, а також білків плазми.

При утопленні в морській воді буде перевага градієнта морської води над кров'ю, тому частина плазми виходить із судинного русла відбувається зменшується маси циркулюючої крові (до 45 мл/кг), збільшується гематокрит.

Асфіксичне утоплення виникає без аспірації води внаслідок рефлексорного ларингоспазму, коли голосова щілина не пропускає ні воду, ні повітря. Смерть настає від механічної асфіксії.

Синкопальний тип утоплення (смерть у воді) настає внаслідок рефлексорної зупинки серцевої діяльності та дихання. Даний варіант утоплення може виникнути при раптовому зануренні потерпілого в холодну воду.

Клінічні ознаки. У випадку *мокрого утоплення*, коли потерпілого рятують одразу після занурення під воду, спочатку спостерігається збуджений або загальмований стан, шкірні покриви і губи бліді, дихання супроводжується кашлем, пульс прискорений, морозить. Верхній відділ

живота здутий, нерідко буває блювання. Якщо тривалість остаточного занурення потерпілого під воду становила не більше кількох хвилин, після витягнення з води людина непритомна, шкірні покриви синюваті, з рота та носа витікає пінна рідина рожевого забарвлення, зіниці слабо реагують на світло, щелепи міцно стиснуті, дихання уривчасте або відсутнє, пульс слабкий, неритмічний. У тих випадках, коли після остаточного занурення потерпілого під воду минуло 2-3 хвилини, самостійне дихання і серцева діяльність, як правило відсутні, зіниці розширені і не реагують на світло, шкірні покриви синюшні. Ці ознаки свідчать про настання клінічної смерті.

При сухому утопленні посиніння шкіри виражене менше, ніж при мокрому. Клінічна смерть триває 4-6 хвилин.

Допомога. При рятуванні потопельника, його беруть за волосся, перевертають лицем догори і пливуть, не даючи зачепити себе. Потім, якнайшвидше необхідно очистити порожнину рота і глотки потопельника від слизу, мулу та піску. Якщо в дихальних шляхах потерпілого є вода, її необхідно швидко видалити, для чого його перевертають на живіт, перегинають через коліно, щоб голова звисала вниз, і кілька разів натискають на спину. Після цього потерпілого перевертають обличчям догори і починають робити оживлення. Коли потопельника врятовано на початковому етапі утоплення, треба одразу вжити заходи для усунення емоційного стресу: зняти мокрий одяг, насухо обтерти тіло, заспокоїти. Якщо потерпілий непритомний і має досить спонтанне дихання, його кладуть горизонтально, піднімають йому ноги на 40-50°, дають подихати нашатирним спиртом. Одночасно зігрівають потерпілого, проводять штучне дихання, масаж грудної клітки, розтирають руки і ноги.

14.3. Перша медична допомога при тепловому та/або сонячному ударі.

Тепловий та/або сонячний удар трапляється внаслідок тривалого перебування в умовах високої температури та вологості; на сонці без захисного одягу; при фізичному навантаженні в нерухомому вологому повітрі.

Клінічні ознаки, які характерні *при легкому ступені* – загальна слабкість, нездужання, запаморочення, нудота, підвищена спрага, шкіра обличчя червоніє, вкривається потом, пульс і дихання прискорюються, температура тіла підвищується до 37,5-38,9°C. *При середньому ступені* – температура тіла – 39-40°C, сильний головний біль, різка м'язова слабкість,

миготіння в очах, шум у вухах, болі в ділянці серця, виражене почервоніння шкіри, сильне потовиділення, посиніння губ, прискорення пульсу до 120-130 уд./хв., часте і поверхнєве дихання. Спостерігаються також блювання, понос.

Тяжкі ступені перегрівання тіла класифікуються по різному: якщо температура повітря висока та його вологість підвищена, йдеться про **тепловий удар**, якщо довго діяли сонячні промені – **про сонячний**. Прямі сонячні промені можуть спричинити сонячний удар: піднімається температура тіла вище 40°C, червоніє обличчя, виникає сильний головний біль, з'являється задишка. Потім з'являються нудота, потемніння в очах, запаморочення, і, нарешті, блювання. Хворий непритомніє, починаються судоми, порушується серцева діяльність, зупиняється дихання.

Допомога. *В легких випадках* потерпілого покласти в тінь, давати багато пити. *В тяжких випадках* перенести потерпілого в затемнене прохолодне місце, роздягнути, обмити тіло прохолодною водою, прикладати холодні компреси на голову, шию, ділянку серця. Корисні прохолодний душ або ванна. Напоїти потерпілого холодною водою. Дати понюхати ватку, змочену нашатирним спиртом. Якщо порушується серцева діяльність, зупиняється дихання, почати робити штучне дихання. Після надання першої допомоги, доставити потерпілого в медичний заклад.

Щоб уникнути теплового та сонячного удару, в спеку слід одягати панаму та легкий світлий одяг, який не перешкоджає випаровуванню поту. Важливо дотримуватись питного режиму (бажано пити негазовану воду). У спеку віддавати перевагу овочевим стравам і кисломолочним продуктам.

14.4. Перша медична допомога при електротравмі.

Електричною травмою називаються пошкодження організму, спричинені протіканням через нього електричного струму; удару електричною дугою або блискавкою. Електричний удар, навіть якщо він не закінчився смертю, може призвести до значного розладу організму, який виявляється одразу ж після удару або через декілька годин, днів і навіть місяців.

Ураження струмом. Суб'єктивні відчуття потерпілого під час проходження крізь нього електричного струму різноманітні: легкий поштовх, пекучий біль, судомні скорочення м'язів тощо. Внаслідок електричного удару можуть виникнути або загостритися серцево-судинні захворювання (аритмія серця, стенокардія, підвищення або пониження артеріального

тиску), а також нервові захворювання (невроз), ендокринні порушення тощо. Можливі послаблення пам'яті та уваги. Вважається, що електричні удари послаблюють стійкість організму до захворювань. Шкірні покриви бліді та синюшні.

Допомога. Насамперед слід негайно припинити дію струму. Для того щоб звільнити потерпілого від дії електричного струму, необхідно швидко вимкнути ділянку електричної мережі або електрообладнання до якого дотикається потерпілий. Якщо вимкнення здійснити неможливо, потерпілого звільняють від дроту, дотримуючись правил безпеки, щоб не потрапити під дію електричного струму, звертаючи особливу увагу на напругу.

Якщо напруга до 1000 V – дріт від людини можна відкинути (відбити) сухою палкою або дошкою. Відтягти потерпілого від джерела струму можна руками, одягнувши діелектричні рукавиці або ж накинувши на них сухий одяг. Краще при цьому стати на дошку, одяг або будь яку іншу неструмопровідну підстилку (гумовий килимок).

Якщо напруга понад 1000 V – для звільнення потерпілого можна використовувати лише ізолюючу штангу або ізолюючі кліщі, одягнувши діелектричні рукавиці та взувши діелектричні боти.

Необхідно обов'язково пам'ятати про самозахист – зберігати безпечну відстань: ураження електричним струмом до 30.000 V – мінімум 1,5 м, до 110.000 V – мінімум 2,0 м, до 220.000 V – мінімум 3,0 м, до 380.000 V – 4,0 м!

Звільнивши потерпілого від дії електричного струму, необхідно якнайшвидше визначити вид і ступінь електротравми і залежно від цього надавати першу долікарську допомогу. Потерпілому, навіть при легких ураженнях потрібно перебувати у стані спокою. У разі потреби роблять штучне дихання способом «із рота в рот» і непрямий масаж серця до відновлення самостійного дихання та серцевої діяльності, принаймні до прибуття на місце події медичних працівників. Ділянки ураження електрострумом (опіки) закривають сухою стерильною пов'язкою.

Ураження блискавкою. При ураженні блискавкою, якщо потерпілий не втратив свідомість, його потрібно перенести в приміщення, покласти в ліжку та зігріти, розтерти шкіру рук, ніг, тіла, дати випити гарячий чай чи каву. Після цього необхідно відправити у медичний заклад.

Якщо потерпілий без свідомості, його кладуть на спину, підстеляють одяг і розстібають комір, послаблюють пояс. Щоки розтирають спиртом,

груди витирають мокрим рушником, а лице зрошують холодною водою. Якщо є нашатирний спирт, то ним змочують вату і час від часу дають нюхати. Після того, як потерпілий приходить до тями, йому дають випити міцний чай, 15-20 крапель валер'яни, розведених водою і відправляють до лікарні.

Якщо потерпілий не дихає або дихання поверхнєве, необхідно робити штучне дихання способом «із рота в рот», а якщо пульс не прослуховується – роблять закритий масаж серця.

Заходи безпеки при грозі: при наближенні грози заховайтесь у приміщення, сядьте в машину та повністю закрийте вікна; не користуйтеся мобільним телефоном; не наближайтесь до сільськогосподарської техніки та невеликих транспортних засобів (мотоциклів, велосипедів); якщо ви плаваєте чи перебуваєте в човні, потрібно найшвидше вибратися на берег; уникайте телеграфних стовпів або високих дерев; намагайтесь не перебувати на вершинах горбів; не стійте поряд із залізною огорожею, лініями високої напруги, сталевими трубами та рейками, а також поблизу інших провідників електрики; якщо ви не самі, тримайтесь на відстані одне від одного і краще лягти на землю.

Список основних скорочень:

АТ – артеріальний тиск;

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск;

ІМТ – індекс маси тіла;

ЛПЗ – лікувально профілактичний заклад;

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я;

ОЧП - органи черевної порожнини;

САТ – систолічний артеріальний тиск;

ЧД – частота дихання;

ЧМТ – черепо-мозкова травма;

ЦНС – центральна нервова система.

АЛГОРИТМИ

1. Алгоритм «Вимірювання артеріального тиску».

Мета: визначення показників артеріального тиску і оцінка результатів дослідження, визначення функціональних особливостей серцево-судинної системи.

Показання: спостереження за станом пацієнта.

Можливі ускладнення: хворобливі відчуття в кінцівці при тривалому здавленні артерії.

Приготуйте: тонометр, фонендоскоп, папір, ручку, температурний лист.

Алгоритм дії:

1. Поясніть пацієнту мету процедури; з'ясуйте, чи проводилась така процедура раніше, які були результати, чи знає пацієнт, як треба себе вести, які можуть бути відчуття.
2. Надайте пацієнту зручне положення сидячи або лежачи в спокійній, розслабленій позі; рука пацієнта лежить в розігнутому положенні (долонею вгору) на одному рівні з апаратом. Пацієнт повинен відпочити (знаходитися в спокійній обстановці) 5 хвилин. Артеріальний тиск зазвичай вимірюють 1-2 рази з проміжками у 2-4 хвилини.
3. Накладіть манжетку тонометра на оголене плече пацієнта на 2-3 см. вище ліктьового згину на рівні його серця так, щоб між ними проходив один палець, щільно закріпіть, не здавлюючи м'яких тканин, манжетку на плечі за допомогою застібки (гачок, липка стрічка).
4. З'єднайте манометр з манжетою, зміцнивши його на манжеті, перевірте положення стрілки (стовпчика ртуті) щодо нульової позначки шкали.
5. Визначте пульс на ліктьовій артерії в ділянці ліктьової ямки, встановивши на це місце фонендоскоп (тиск головки фонендоскопа має бути помірним, інакше дані будуть спотворені).
6. Закрийте вентиль на груші і накачайте балончиком повітря в манжетку до зникнення пульсації в ліктьовій артерії і до показань манометра вище норми (або у даного пацієнта) на 20-30 мм.рт.ст.
7. Відкрийте вентиль і повільно випускайте повітря з манжети, стежте за швидкістю опускання стовпчика або руху стрілки – показники можуть змінюватися зі швидкістю 2 мм.рт.ст./сек; одночасно уважно вислухайте тони на артерії та стежте за показаннями манометра.

8. Відзначте показники манометра в момент появи перших звуків (тонів) (величина артеріального тиску в момент серцевого скорочення – систолічний АТ) і в момент зникнення тонів (артеріальний тиск в момент розслаблення серця – діастолічний АТ); випустіть повітря з манжети повністю.

9. Зніміть манжету тонометра з руки пацієнта, укладіть в чохол.

10. Дані запишіть у вигляді цифрового запису в листі спостереження у вигляді дробу (у чисельнику – систолічний тиск, в знаменнику – діастолічний) та у температурному аркуші.

11. Повторіть процедуру, порівняйте отримані дані.

12. Прозезинфікуйте головку фонендоскопа методом 2-х кратного протирання 70% спиртом.

13. Повідомте пацієнтові результат вимірювання артеріального тиску.

Примітка:

- артеріальний тиск вимірюють на обох руках, отримані цифри порівнюють;
- артеріальний тиск може вимірювати сам пацієнт, навчіть його правилам вимірювання тиску та інтерпретації отриманих даних;
- нормальний АТ 120/80 мм.рт.ст. - 129/85 мм.рт.ст.;
- артеріальна гіпотензія 90/60 мм.рт.ст. та нижче;
- артеріальна гіпертензія 140/90 мм.рт.ст та вище.

2. Алгоритм «Визначення пульсу на променевій артерії».

Мета: визначити основні властивості пульсу, оцінити стан серцево-судинної системи.

Показання: спостереження за станом пацієнта.

Місця дослідження пульсу: променева, ліктьова, сонна, скронева, підколінна, стегнова артерія; тильна сторона стопи.

Параметри пульсу: ритм, частота, наповнення, напруга, величина.

Приготуйте: годинник (секундомір), папір, ручку з червоним кольором, температурний лист.

Алгоритм дії:

1. Поясніть пацієнту хід процедури, отримаєте його згоду, знайдіть місце визначення пульсу.

2. Надайте пацієнту зручне положення – сидячи або лежачи в розслабленій зручній позі, в спокійному стані. Пацієнт повинен відпочити (знаходитися в спокійній обстановці) 5 хвилин.

3. Проведіть деконтамінацію рук на гігієнічному рівні.

4. Охопіть одночасно пальцями своїх рук зап'ясток пацієнта (в ділянці лучезап'ястного суглоба) таким чином, щоб подушечки 2, 3, 4 пальців знаходилися на долонній (внутрішній) поверхні передпліччя в проекції променевої артерії (біля основи великого пальця); 1 палець розміщуйте на тильній стороні передпліччя. Променева артерія пальпується між шиловидним відростком променевої кістки і сухожиллям променевого м'яза.

5. Охопіть ділянку променевої артерії, злегка притискаючи її до променевої кістки, визначте місце пульсації, відчуйте еластичні пульсуючі хвилі, пов'язані з рухом крові по судині.

6. Порівняйте періодичність коливань стінок артерій на правій і лівій руках пацієнта. Визначте симетричність пульсу. Симетричність – це збіг пульсових ударів на обох руках по наповненню (якщо пульс симетричний, подальшу характеристику дають по одній руці).

7. Визначте ритм пульсу.

8. Визначте частоту пульсу.

9. Оцініть наповнення пульсу.

10. Визначте напругу пульсу.

11. Занесіть дані дослідження пульсу в температурний лист - графічним способом (червоним кольором), а в лист спостереження - цифровим способом.

12. Повідомте пацієнту результати дослідження.

13. Вимийте і просушіть руки.

Примітка:

- в нормі пульс ритмічний, однаково прощупується на обох руках, частота його у дорослої людини в стані спокою становить 60-80 ударів у хвилину;
- ритм пульсу визначають за інтервалами між пульсовими хвилями.

Якщо пульсові коливання стінки артерії виникають через рівні проміжки часу, то пульс ритмічний. При порушеннях ритму спостерігається неправильне чергування пульсових хвиль – не ритмічний пульс.

- визначення частоти пульсу (якщо пульс ритмічний) підраховують кількість пульсових хвиль (ударів) протягом 1 хвилини, стежачи за часом по годинах з секундоміром.

- пульс в нормі – 60-80 ударів в одну хвилину;
- пульс > 80 ударів в одну хвилину – прискорений – тахікардія;
- пульс < 60 ударів в одну хвилину – уповільнений – брадикардія.
- оцініть наповнення пульсу за ступенем наповнення артерій кров'ю (залежать від систолічного об'єму серця).

Розрізняють: пульс повний, порожній, ниткоподібний;

Напругу пульсу визначають по тій силі, з якою потрібно притиснути променеву артерію до променевої кістки до зникнення пульсу.

Розрізняють: пульс задовільного напруження, напружений (твердий), ненаголошений (м'який).

3. Алгоритм «Підрахунок частоти дихальних рухів».

Мета: оцінка стану пацієнта. *Показання:* оцінка функціонального стану органів дихання.

Приготуйте: годинник з секундною стрілкою, температурний лист, ручку з синім стержнем.

Алгоритм дії:

1. Поясніть пацієнту хід процедури, отримайте його згоду.
2. Проведіть деконтамінацію рук на гігієнічному рівні.
3. Надайте пацієнту зручне положення (лежачи). Вам необхідно бачити верхню частину його грудкою клітини і живота. Пацієнт повинен відпочити (знаходитися в спокійній обстановці) 5 хвилин.
4. Однією рукою візьміть руку пацієнта так, як для дослідження пульсу на променевій артерії, щоб відвернути його увагу.
5. Покладіть свою і пацієнта руку на груди (при грудному типі дихання) або на епігастральну ділянку (при черевному типі дихання) пацієнта.
6. Підрахуйте число дихальних рухів за одну хвилину, користуючись секундоміром (вдих і видих - це одне дихальне рух).
7. Оцініть частоту дихальних рухів.
8. Поясніть пацієнту, що йому порахували частоту дихальних рухів, повідомте результати.
9. Вимийте і просушіть руки.
10. Зареєструйте дані в температурному аркуші.

Примітка:

- підрахунок частоти дихальних рухів проводяться непомітно для пацієнта;
- число дихальних рухів за 1 хвилину називають частотою дихальних рухів (ЧДД);
- у здорової дорослої людини норма частоти дихальних рухів в спокої становить 16-20 в хвилину;
- ЧДД відноситься до ЧСС в середньому як 1: 4;
- при підвищенній температурі тіла на 1°C – ЧДД частішає на 4 дихальних руха;
- брадіпное – повільне дихання з частотою менше 16 у 1 хвилину;
- тахіпное – прискорене дихання з частотою більше 20 у 1 хвилину.

4. Алгоритм «Вимірювання температури тіла в паховій западині» (термометрія).

Мета: діагностична – визначити температуру тіла дорослого пацієнта.

Показання: спостереження за функціональним станом організму, профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

Протипоказання: поприлості, запальні процеси в паховій ділянці, гіперемія в паховій ділянці.

Місця вимірювання температури тіла: пахові западини, порожнина рота, пахові складки (у дітей), пряма кишка.

Приготуйте: медичний термометр, лоток, серветки, температурний лист, ручку з чорним стержнем, годинник, температурний журнал, ємність з дезрозчином, ємність для зберігання чистих термометрів.

Алгоритм дії:

1. Поясніть пацієнту мету та хід виконання процедури, отримайте його згоду.
2. Проведіть деконтамінацію рук на гігієнічному рівні.
3. Посадіть або покладіть пацієнта.
4. Візьміть термометр, перевірте його на цілісність, подивіться і струсніть його так, щоб ртутний стовпчик опустився в резервуар нижче 35°C.
5. Огляньте пахови: при наявності місцевих запальних процесів не можна проводити вимірювання температури (показання термометра будуть вище, ніж температура тіла).

6. Протріть насухо шкіру в паховій западині пацієнта індивідуальною серветкою (волога шкіра спотворює показання термометра).

7. Помістіть термометр ртутним резервуаром в пахову западину так, щоб він повністю стикався з тілом (попросіть пацієнта притиснути плече до грудкою клітці).

8. Фіксуєте час вимірювання температури тіла.

9. Вийміть через 10 хвилин термометр і визначте його показання по висоті стояння ртутного стовпчика.

10. Запишіть показання термометра в температурний журнал у вигляді цифрового запису і в температурний лист у вигляді графічної кривої (чорним кольором).

11. Повідомте результати вимірювання пацієнту.

12. Струсніть використаний термометр і переконайтеся, що ртуть опустилася в резервуар.

13. Продезінфікуйте використаний термометр: промийте термометр під проточною водою до зникнення запаху дезінфікуючого засобу, витріть насухо серветкою, покладіть в лоток або ємкість на серветку і зберігайте в сухому вигляді.

14. Вимийте і висушіть руки.

5. Алгоритм «Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням АЗД».

Базові реанімаційні заходи при проведенні серцево-легеневої реанімації з використанням АЗД (автоматичного зовнішнього дефібрилятора) мають наступну *послідовність*:

1. Перед наданням допомоги необхідно переконатися, що рятувальнику, постраждалому та іншим присутнім особам не загрожує небезпека.

2. Визначають наявність свідомості – рятувальник обережно трясє постраждалого за плече та голосно звертається до нього: «З Вами все гаразд? Як Ви себе почуваєте?». Забороняється, з метою визначення свідомості, тиснути постраждалому на очі, колоти його гострими предметами.

3. Якщо постраждалий реагує:

3.1. Якщо постраждалому нічого не загрожує, його залишають в попередньому положенні.

3.2. З'ясовують характер події, що сталося та викликають швидку медичну допомогу.

3.3. Не залишають постраждалого без нагляду, періодично оцінюють його стан.

4. Якщо постраждалий не реагує:

4.1. Рятувальник звертається до оточуючих осіб за допомогою.

4.2. При необхідності повертає постраждалого на спину, відновлює прохідність дихальних шляхів.

5. Рятувальник, підтримуючи дихальні шляхи відкритими, визначає наявність дихання, використовуючи потрійний прийом: «чути, бачити, відчувати». Визначає наявність дихання протягом 10 секунд. При нормальному диханні за цей час, зазвичай, визначають не менше 2-3 вдихів. Протягом декількох хвилин після зупинки серця у постраждалого може зберегтися слабе дихання або поодинокі гучні вдихи. Рятувальнику важливо не сплутати їх з нормальним диханням. Якщо у нього виникли сумніви, що дихання нормальне (16-18 вдихів за хвилину), вважається, що дихання відсутнє. Для визначення життєвих показників постраждалого не має необхідності перевіряти пульс; рятувальнику слід обмежитись тільки визначенням наявності дихання.

6. Якщо постраждалий дихає нормально (16-18 вдихів за хвилину):

6.1. Постраждалого переводять в стабільне положення.

6.2. Якщо дихання відсутнє або неправильне рятувальник, просить когось сходити за допомогою чи/або принести АЗД.

6.3. Якщо нікого немає поруч, самостійно викликає швидку медичну допомогу та/або приносить АЗД.

6.3. Рятувальник не залишає постраждалого без нагляду до приїзду медичної допомоги та слідкуйте за його життєвими показниками.

7. Якщо рятувальник надає допомогу самостійно – він одразу використовує АЗД.

7.1. Необхідно відкрити кришку дефібрилятора. Як правило, після цього, апарат вмикається самостійно, якщо ні, рятувальник натискає кнопку щоб його увімкнути.

7.2. Після того, як апарат ввімкнеться, він одразу розпочне давати голосові команди – неухильно дотримуйтесь команд апарату.

7.3. Приклейте електроди на грудну клітку постраждалого та зачекайте доки апарат не здійснить аналіз ритму, після чого, при необхідності, натисніть кнопку розряду для проведення дефібриляції.

8. Рятувальник в жодному разі не торкається постраждалого, під час проведення аналізу ритму апаратом та при проведенні дефібриляції. Рятувальник проводить дефібриляцію тільки після того, як він переконався, що ніхто не торкається постраждалого.

9. Одразу після виконання дефібриляції рятувальник розпочинає проведення СЛР у співвідношенні 30:2.

9.1. Рятувальник стає на коліна збоку від постраждалого.

9.2. Визначає місце натискання та розміщує руки на грудній клітці постраждалого.

9.3. Натискання глибиною не менше 5 (не більше 6 см), виконуються з частотою 100 (не більше 120) за хвилину. Забороняється відривати руки від грудної клітки при виконанні натискань. При виконанні кожного наступного натискання грудній клітці дають можливість повернутись в початкове положення.

10. Рятувальник виконує 2 вдихи.

10.1. Рятувальник відновлює прохідність дихальних шляхів.

10.2. Затискає ніздрі постраждалого однією рукою.

10.3. Рятувальник виконує рівномірний видих (як при звичайному диханні) в рот постраждалого протягом однієї секунди (одночасно слідкуючи за рухом його грудної клітки) та дає можливість грудній клітці постраждалого повернутись в початкове положення; після цього, одразу виконує другий вдих. Рятувальник виконує штучне дихання з використанням захисних засобів: маска-клапан, дихальна маска та ін.

10.4. Виконання двох вдихів повинно займати не більше 5 секунд.

11. Одразу після виконання двох вдихів рятувальник відновлює натискання на грудну клітку та знову проводить штучне дихання відповідно до вищевказаних рекомендацій (30:2).

12. Через дві хвилини дефібрилятор автоматично проведе повторний аналіз ритму у постраждалого. Рятувальнику необхідно діяти відповідно до його голосових підказок та при необхідності виконати дефібриляцію.

12.1. Якщо в моделі дефібрилятора не передбачено автоматичне вмикання через 2 хвилини (тобто після виконання 5-6 циклів СЛР 30:2) – рятувальнику необхідно увімкнути його самостійно.

13. Якщо СЛР виконують два рятувальники: перший – розпочинає проведення СЛР 30:2; другий – приносить та готує автоматичний дефібрилятор до роботи.

13.1 Перший рятувальник не припиняє натискання на грудну клітку, доки другий рятувальник прикріплює електроди. Натискання на грудну клітку припиняють тільки під час аналізу ритму серця дефібрилятором, відповідно до його команди, незалежно від того яке по рахунку натискання виконувалося.

13.2. Рятувальники використовують час коли дефібрилятор аналізує ритм (кожні 2 хвилини проведення СЛР), для того щоб замінити один одного: натискання на грудну клітку – фізично виснажлива маніпуляція.

14. АЗД використовується протягом всього часу проведення СЛР – не має обмежень в кількості проведення дефібриляцій.

15. У випадку, коли після аналізу ритму серця дефібрилятор не рекомендує проведення дефібриляції, необхідно продовжувати виконання СЛР у співвідношенні 30:2, відповідно до вищевказаних рекомендацій.

16. Якщо у постраждалого відновилось дихання та самостійна робота серця, рятувальник переводить його в стабільне положення не знімаючи електроди та уважно слідкує за станом постраждалого. Рятувальники, при необхідності, готові продовжити проведення СЛР.

6. Алгоритм «Проведення серцево-легеневої реанімації без використання АЗД».

Базові реанімаційні заходи при проведенні серцево-легеневої реанімації без використання АЗД мають наступну *послідовність*:

1. Перед наданням допомоги необхідно переконатися, що рятувальнику, постраждалому та іншим присутнім особам не загрожує небезпека.

2. Визначають наявність свідомості – рятувальник обережно трясє постраждалого за плече та голосно звертається до нього: «З Вами все гаразд? Як Ви себе почуваєте?». Забороняється, з метою визначення свідомості, тиснути постраждалому на очі, колоти його гострими предметами.

3. Якщо постраждалий реагує:

- 3.1. Якщо постраждалому нічого не загрожує, його залишають в попередньому положенні.

- 3.2. З'ясовують характер події, що сталося та викликають швидку медичну допомогу.

- 3.3. Не залишають постраждалого без нагляду, періодично оцінюють його стан.

4. Якщо постраждалий не реагує:

4.1. Рятувальник звертається до оточуючих осіб за допомогою.

4.2. При необхідності повертає постраждалого на спину, відновлює прохідність дихальних шляхів.

5. Рятувальник, підтримуючи дихальні шляхи відкритими, визначає наявність дихання, використовуючи потрібний прийом: «чути, бачити, відчувати». Визначає наявність дихання протягом 10 секунд. При нормальному диханні за цей час, зазвичай, визначають не менше 2-3 вдихів. Протягом декількох хвилин після зупинки серця у постраждалого може зберегтися слабе дихання або поодинокі гучні вдихи. Рятувальнику важливо не сплутати їх з нормальним диханням. Якщо у нього виникли сумніви, що дихання нормальне (16-18 вдихів за хвилину), вважається, що дихання відсутнє. Для визначення життєвих показників постраждалого не має необхідності перевіряти пульс; рятувальнику слід обмежитись тільки визначенням наявності дихання.

6. Якщо постраждалий дихає нормально (16-18 вдихів за хвилину):

6.1. Постраждалого переводять в стабільне положення.

6.2. Якщо дихання відсутнє або неправильне рятувальник, просить когось сходити за допомогою.

6.3. Якщо нікого немає поруч, самотійно викликає швидку медичну допомогу.

6.3. Рятувальник не залишає постраждалого без нагляду до приїзду медичної допомоги та слідкує за його життєвими показниками.

7. Якщо рятувальник надає допомогу самотійно – він одразу починає СЛР у співвідношенні 30:2.

7.1. Рятувальник стає на коліна збоку від постраждалого.

7.2. Визначає місце натискання та розміщує руки на грудній клітці постраждалого.

7.3. Натискання глибиною не менше 5 (не більше 6 см), виконуються з частотою 100 (не більше 120) за хвилину. Забороняється відривати руки від грудної клітки при виконанні натискань. При виконанні кожного наступного натискання грудній клітці дають можливість повернутись в початкове положення.

10. Рятувальник виконує 2 вдихи.

10.1. Рятувальник відновлює прохідність дихальних шляхів.

10.2. Затискає ніздрі постраждалого однією рукою.

10.3. Рятувальник виконує рівномірний видих (як при звичайному диханні) в рот постраждалого протягом однієї секунди (одночасно слідкуючи за рухом його грудної клітки) та дає можливість грудній клітці постраждалого повернутись в початкове положення; після цього, одразу виконує другий вдих. Рятувальник виконує штучне дихання з використанням захисних засобів: маска-клапан, дихальна маска та ін.

10.4. Виконання двох вдихів повинно займати не більше 5 секунд.

11. Одразу після виконання двох вдихів рятувальник відновлює натискання на грудну клітку та знову проводить штучне дихання відповідно до вищевказаних рекомендацій (30:2).

12. Якщо СЛР виконують два рятувальники: перший – розпочинає проведення непрямого масажу серця, другий проводить штучну вентиляцію легень, співвідношення 30:2.

13. Якщо у постраждалого відновилось дихання та самостійна робота серця, рятувальник переводить його в стабільне положення не знімаючи електроди та уважно слідкує за станом постраждалого. Рятувальники, при необхідності, готові продовжити проведення СЛР.

7. Алгоритм «Надання допомоги при утопленні».

Послідовність:

1. Перед наданням допомоги необхідно переконатися, що рятувальнику, постраждалому та іншим присутнім особам не загрожує небезпека.

2. Якщо потопуючий у свідомості – слід кинути йому рятувальний засіб (рятувальний круг, м'яч та ін.).

3. Якщо рятувальник підпливає до потопуючого – слід користуватись рятувальним жилетом або іншими засобами, що дозволять йому утримуватись на воді (рятувальний круг, надувний матрац та ін.). Необхідно підпливати до утопаючого зі спини. При наближенні до утопаючого важливо попросити його заспокоїтись та пояснити, що Ви в змозі надати допомогу.

4. Якщо утопаючий без свідомості та знаходиться у воді, необхідно перевернути його на спину та перевірити наявність дихання:

4.1. Якщо постраждалий дихає – слід якнайшвидше транспортувати його до берега. При витягуванні постраждалого з води при можливості, слід залучати 2-3 особи. На березі необхідно перевірити наявність дихання, зателефонувати 103 (112), перевести його у стабільне положення та вкрити термопокривалом/ковдрою.

4.2. Якщо постраждалий не дихає – штучне дихання може проводитись безпосередньо у воді за умови відновлення прохідності дихальних шляхів постраждалого та безпеки рятувальника.

4.3. Якщо у постраждалого, що знаходиться у воді, після відновлення прохідності дихальних шляхів не спостерігається дихання, необхідно протягом хвилини проводити рятувальні вдихи (10 вдихів). Якщо після цього постраждалий не дихає сам, наступні дії рятувальника залежать від відстані до берега. Якщо можна доплисти до берега швидше, ніж за 5 хв. – необхідно продовжувати штучне дихання під час наближення до берега. Якщо цей час перевищує 5 хв. – проводьте штучне дихання впродовж наступної хвилини, а потім пливіть до берега без виконання штучного дихання. Натискання грудної клітки у воді неефективні.

5. Немає потреби очищувати дихальні шляхи від води - до легень потрапляє незначна кількість води, яка швидко переходить до системи кровообігу. Не слід виконувати натискання на живіт, не слід перевертати постраждалого вниз головою для видалення води з легень. При відсутності дихання потрібно негайно розпочати проведення СЛР.

6. При доступному АЗД – необхідно наклеїти електроди (осушіть шкіру грудної клітки перед наклеюванням електродів) та ввімкнути прилад. Дефібриляцію слід проводити згідно з голосовими вказівками АЗД. Якщо у постраждалого гіпотермія з температурою тіла нижче 30°C – необхідно обмежити кількість дефібриляцій до трьох. Наступні спроби можна проводити після підняття температури тіла постраждалого вище 30°C.

7. В утопаючих під час проведення СЛР часто настає блювота. При цьому необхідно відхилити голову постраждалого набік і видалити блювотні маси з ротової порожнини. При підозрі на травму шийного відділу хребта необхідно повернути постраждалого на бік, утримуючи голову, шию та тулуб на одній лінії. Для виконання цієї маніпуляції необхідно декілька рятувальників.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО РОЗДІЛІВ

Контрольні питання до розділу 1.

- 1.Опишіть основні історичні віхи становлення медичної допомоги хворій людині.
- 2.Опишіть основні історичні дані щодо організації охорони здоров'я в Україні.
- 3.Дайте визначення ролі і місця догляду за хворими в лікувально-діагностичному процесі.
- 4.Дайте визначення поняття про структуру та умови проведення догляду за хворими терапевтичного профілю.
- 5.Опишіть морально-етичні та деонтологічні засади формування медичного фахівця.
- 6.Дайте визначення основних професійних обов'язків молодшого медичного персоналу в поліклінічних та стаціонарних відділеннях лікарні.
7. Опишіть основні деонтологічні засади професійної діяльності медичного працівника.
- 8.Принципи фахової субординації в системі лікар – медична сестра – молодший медичний персонал.
- 9.Опишіть фахові взаємини медичного персоналу з хворими.
- 10.Опишіть фахові взаємини лікаря і медичної сестри.

Контрольні питання до розділу 2.

1. Яке основне призначення приймального відділення?
2. Що являє собою централізоване і децентралізоване приймальне відділення?
3. Визначте послідовність етапів роботи приймального відділення.
4. Яку документацію заповнює медсестра приймального відділення?
5. Як обробляють волосся при виявленні педикульозу?
6. З чого складається визначення антропометричних даних хворого?
7. Як правильно виміряти окружність грудної клітини?
8. Яке технічне обладнання і засоби використовують для транспортування хворих?
9. Що розуміють під поняттям «лікувально-охоронний режим» та які заходи застосовують для його дотримання?
10. Що означає санітарно-гігієнічний режим відділення і які вимоги до його виконання?

Контрольні питання до розділу 3.

1. Які приміщення відносяться до терапевтичного відділення?
2. Як обладнаний пост палатної медсестри?
3. Що включає в себе гігієнічний догляд у відділенні?
4. Яких режимів фізичної активності потрібно дотримуватися в лікувальних закладах?
5. Який санітарно-епідеміологічний режим в лікувальному відділенні?
6. Які обов'язки виконує медична сестра терапевтичного відділення?
7. Які обов'язки виконує молодша медична сестра (санітарка) терапевтичного відділення?
8. Що входить до поняття особиста гігієна хворого?
9. Який розпорядок дня хворих терапевтичного відділення?
10. Як проводиться зміна постільної і натільної білизни?

Контрольні питання до розділу 4.

1. Що включає в себе розпитування хворого?
2. Назвіть основні скарги хворого зі серцево-судинною патологією.
3. Назвіть основні скарги хворого з патологією дихальної системи.
4. Назвіть основні скарги хворого з патологією травної системи.
5. Назвіть основні скарги хворого з патологією сечовидільної системи.
6. Що включає в себе Анамнез життя (*Anamnesis vitae*)?
7. Що включає в себе Анамнез хвороби (*Anamnesis morbi*)?
8. Як оцінити загальний стан хворого?
9. Які деонтологічні особливості проведення розпитування хворого?
10. Як називається медична документація, яка заповнюється на основі розпитування хворого?

Контрольні питання до розділу 5.

1. Що таке огляд хворого та до якої групи діагностичних методів він належить?
2. Якими мають бути умови проведення загального огляду хворого?
3. На що слід звертати увагу при загальному огляді хворого (перерахувати)?
4. Які різновиди загального стану хворого вам відомі? Дайте їх характеристику.
5. Які бувають порушення свідомості? Дати їм характеристику.
6. Як характеризується положення хворого в ліжку? Дайте характеристику активного, пасивного та вимушеного положень хворого.
7. Які існують конституціональні типи та їх характеристика?
8. На що слід звертати увагу при огляді шкіри?
9. В яких випадках змінюється вологість та тургор шкіри?
10. Що таке індекс маси тіла?

Контрольні питання до розділу 6.

1. Які процеси в організмі відображає температура тіла?
2. Якими фізіологічними механізмами забезпечується постійність температури тіла людини (температурний гомеостаз)?
3. Назвіть нормальні величини температури тіла в пахвинній ділянці, у прямій кишці, у порожнині рота.
4. Яку роль відіграє вимірювання температури тіла у хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні?
5. Які Вам відомі основні біоритмічні особливості добових коливань температури здорової людини в фізіологічних умовах?
7. Яке діагностичне значення має щоденна реєстрація температури у хворих?
8. Які види гарячки Ви знаєте?
9. Які особливості харчування хворого з високою температурою?
10. Які заходи по догляду за хворими з гарячкою?

Контрольні питання до розділу 7.

1. Дайте визначення, що таке пульс?
2. Характеристика пульсу.
3. Як досліджувати пульс на променевих артеріях? Нормальні показники пульсу.
4. Дайте визначення артеріального тиску.
5. Техніка вимірювання артеріального тиску. Норма АТ.
6. Яка перша долікарська допомога хворим при зниженні та підвищенні артеріального тиску?
7. Назвіть основні правила зупинки кровотечі з артеріальних та венозних судин. Як накладати кровоспинний джгут?
8. Які основні правила визначення частоти, глибини, типу, ритму дихання?
9. Назвіть нормальні показники частоти дихання.
10. Яка перша допомога хворим при кашлі, задишці та ядусі?

Контрольні питання до розділу 8.

1. Як класифікуються медикаментозні засоби за шляхом введення в організм хворого?
2. Які є форми лікарських засобів?
3. Які є правила роздавання таблетованих та рідких медикаментозних засобів для перорального прийому?
4. Що таке зовнішній спосіб застосування медикаментозних засобів?
5. Що таке ентеральний спосіб введення лікарських засобів?
6. Що таке інгаляційний спосіб введення лікарських засобів та показання до застосування?
7. Описати методику проведення внутрішньом'язової ін'єкції.
8. Описати методику проведення підшкірних ін'єкцій та показати на муляжі.
9. Яка мета проведення внутрішньошкірних ін'єкцій та описати методику проведення.
10. В якій послідовності проводиться підготовка крапельниці для внутрішньовенних крапельних вливань?

Контрольні питання до розділу 9.

1. Які є показання і протипоказання до застосування гірчичників?
2. Які є показання і протипоказання до застосування банок?
3. Яка тривалість застосування гірчичників?
4. На які ділянки шкіри можуть застосовуватись гірчичники?
5. Які ускладнення можуть виникнути при застосуванні гірчичників (банок)?
6. З якою метою застосовують компреси?
7. Які лікарські засоби використовують для компресів?
8. Які показання та протипоказання до застосування грілки?
9. В яких випадках використовують міхур з льодом?
10. Який механізм дії на організм холодкових і теплових процедур?

Контрольні питання до розділу 10.

1. Що таке «дієтичне харчування» ?
2. Що таке порційник, його оформлення та використання?
3. Які лікувальні столи використовували до 2013 року?
4. На які групи, поділяються хворі за харчовим статусом згідно нового наказу?
5. Які норми харчування на 1 хворого в залежності від харчового статусу?
6. Техніка виконання ентерального та парентерального харчування.
7. Показання до ентерального та парентерального харчування.
8. Протипоказання до ентерального та парентерального харчування.
9. Техніка годування важкохворого пацієнта.
10. Що таке харчова клізма?

Контрольні питання до розділу 11.

1. Через який термін необхідно виконувати заміну постільної та натільної білизни?
2. Як забезпечити фізіологічні відправлення хворого, що знаходиться у лежачому положенні?
3. Яку необхідно провести обробку після використання судна або «вутки»?
4. Як виконується обтирання хворого, що знаходиться у важкому стані?
5. Як виконується догляд за нігтями та волоссям у важкохворих?
6. Як виконується догляд за очима у важкохворих?
7. Як виконується догляд за порожниною рота у важкохворих?
8. Як виконується догляд за носовими та вушними ходами у важкохворих?
9. Що таке пролежні?
10. Які заходи профілактики пролежнів ви знаєте?

Контрольні питання до розділу 12.

1. Визначення та характеристика клінічної смерті.
2. Поняття про біологічну смерть.
3. Які додаткові методи діагностики клінічної смерті?
4. Яка послідовність реанімаційних заходів при клінічній смерті?
5. Які методи відновлення і підтримання прохідності верхніх дихальних шляхів?
6. Які види та методика проведення штучної вентиляції легень експіраторними методами?
7. Які найпростіші пристосування для проведення штучної вентиляції легень ви знаєте?
8. Яка техніка проведення зовнішнього масажу серця?
9. Як здійснюється контроль за ефективністю реанімаційних заходів?
10. Які можливі ускладнення при проведенні реанімації та їх профілактика?

Контрольні питання до розділу 13.

1. Що таке реанімація?
2. Як проводиться непрямий масаж серця?
3. Назвіть види зовнішніх кровотеч та їх ознаки.
4. Які показання для промивання шлунка?
5. Який принцип використовується при проведенні сифонної клізми?
6. Дайте визначення поняттю транспортна іммобілізація?
7. Що визначається поняттям «парентеральний» метод введення ліків?
8. Які Вам відомі різновиди парентерального введення лікарських засобів?
9. Техніка виконання внутрішньовенних струмних інєкцій.
10. Яка методика вимірювання артеріального тиску?

Контрольні питання до розділу 14.

1. Види отруєнь. Які лікувальні заходи включає в себе невідкладна медична допомога при гострих отруєннях?
2. Поняття теплового удару та що його спричиняє?
3. Що характерно для легкої форми перегрівання організму?
4. Що характерно для важкої форми перегрівання організму?
5. Дайте визначення терміну «сонячний удар».
6. Що включає в себе невідкладна допомога при сонячному ударі?
7. Дайте визначення терміну утоплення. Які існують види утоплення?
8. Які види утоплення та що лежить в їх основі?
9. Дайте визначення терміну «електричні опіки».
10. Що включає в себе невідкладна допомога при електротравмі?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Тестові завдання до розділу 1.

1. Дайте визначення терміну «догляд за хворими»:

- А. Це комплекс заходів, спрямованих на полегшення стану хворого і забезпечення успішного його лікування;
- Б. Це комплекс заходів, що спрямовані на забезпечення стабільного стану хворого і забезпечення швидкої виписки зі стаціонару;
- В. Це комплекс дій, що спрямовані на забезпечення невідкладного хірургічного лікування;
- Г. Це комплекс дій, який проводиться особами без медичної освіти.

2. Визначить, які заходи забезпечує догляд за хворими:

- А. Створення належних гігієнічних умов, які сприяють неускладненому перебігу хвороби та прискоренню одужання пацієнта;
- Б. Полегшення страждань пацієнта, своєчасне виявлення та запобігання ускладнень хвороби;
- В. Виконання лікарських призначень;
- Г. Все перелічене вірно.

3. Для забезпечення організації догляду за хворими медичний персонал повинен:

- А. Мати відповідні знання та навички;
- Б. Бути знайомий із методами догляду;
- В. Вволодіти основними принципами медичної деонтології;
- Г. Все перелічене вірно.

4. Хто несе відповідальність за проведення заходів догляду за хворими?

- А. Молодша медична сестра;
- Б. Старша медична сестра;

- В. Лікар та завідувач відділення;
- Г. Пацієнт сам відповідає за проведення заходів догляду.

5. У забезпеченні організації догляду за хворими беруть участь:

- А. Всі медичні працівники;
- Б. Тільки середній медичний персонал, знайомий із методами догляду;
- В. Тільки молодший медичний персонал, який має відповідну підготовку;
- Г. Тільки лікар, який має відповідні знання, та володіє основними принципами медичної деонтології.

6. Догляд за хворими поділяють на:

- А. Спеціалізований та узагальнений;
- Б. Загальний та спеціальний;
- В. Необхідний та за вимогою;
- Г. Всі відповіді вірні.

7. Вкажіть основні характеристики загального догляду за хворими.

- А. Загальний догляд передбачає заходи догляду, які застосовують до будь-якого хворого, незалежно від виду і характеру його захворювання;
- Б. Це сума таких заходів, які потребують усі хворі, незалежно від характеру їх захворювання (патології), віку, статі;
- В. Це дії медичного персоналу, пов'язані зі специфікою захворювання або характером травми і їх лікуванням;
- Г. Вірні відповіді А та Б.

8. Основні напрямки загальних заходів догляду за хворими це:

- А. Гігієнічне утримання приміщення, ліжка та меблів, самого хворого, його одягу, посуду, предметів туалету;
- Б. Чітке виконання всіх призначень лікаря (дотримання техніки процедур і схеми введення ліків);
- В. Спостереження за перебігом хвороби, станом хворого та інформування лікаря про зміни в його стані, годування хворого;

Г. Всі відповіді вірні.

9. Які заходи передбачає загальний догляд за хворими:

А. Створення гігієнічного оточення навколо хворого та його обслуговування;

Б. Спостерігання за хворими і проведення профілактичних заходів;

В. Виконання лікарських призначень та ведення медичної документації;

Г. Всі відповіді вірні.

10. Спеціальний догляд – це дії медичного персоналу, які:

А. Пов'язані зі специфікою власне захворювання або травми та їх лікуванням, застосовують лише до хворих із певними захворюваннями (хірургічні, інфекційні, урологічні, гінекологічні, психічні та ін.);

Б. Передбачають заходи догляду, які можна застосувати до будь-якого хворого незалежно від виду і характеру його захворювання;

В. Забезпечують виконання лікарських призначень та ведення медичної документації;

Г. Всі відповіді вірні.

Тестові завдання до розділу 2.

1. Який із розчинів застосовується для дезинфекції ванни після санітарної обробки хворого?

- А. 0,5% просвітлений розчин хлорного вапна;
- Б. 0,5% розчин гексахлорану;
- В. 2% розчин хлораміну;
- Г. 0,5% розчин хлораміну.

2. Які функції приймального відділення?

- А. Прийом, реєстрація, санітарно-гігієнічна обробка, транспортування хворих у профільне відділення;
- Б. Санітарно-гігієнічна обробка, проведення інструментальних методів обстеження, проведення маніпуляцій;
- В. Прийом, реєстрація, зняття ЕКГ, годування тяжкохворих;
- Г. Прийом, реєстрація, огляд лікаря, промивання шлунка.

3. Що входить до складу приймального відділення?

- А. Кабінет лікаря, лабораторія, ЕКГ-кабінет, процедурний кабінет;
- Б. Кабінети прийому і реєстрації хворих, кабінет лікаря, ізолятор, санітарний пропускник, процедурний кабінет;
- В. Кабінети прийому і реєстрації хворих, ізолятор, кабінет завідуючого;
- Г. Санітарний пропускник, кабінет пульмонолога, ЕКГ-кабінет, процедурний кабінет.

4. Яка документація заповнюється в реєстраційній кімнаті?

- А. Історія хвороби, виписний епікриз, журнал реєстрації матеріальних цінностей, прийнятих на збереження від хворого;
- Б. Історія хвороби, обмінна карта, лист лікарських призначень, статистичний талон;

В. Історія хвороби, журнал прийому хворого і відмов у госпіталізації, обмінна карта, журнал реєстрації матеріальних цінностей, прийнятих на збереження від хворого;

Г. Журнал прийому хворого і відмов у госпіталізації, журнал реєстрації матеріальних цінностей, прийнятих на збереження від хворого, направлення на рентгенографію ОГК, щоденник спостережень.

5. Які показники входять до антропометричних даних?

А. Зріст, маса тіла, рентгенографія органів грудної клітки;

Б. Маса тіла, артеріальний тиск, ЕКГ;

В. Зріст, температура тіла, пульс;

Г. Зріст, маса тіла, окружність грудної клітки і голови.

6. У хворого в приймальному відділенні виявлено педикульоз волосяної частини голови. Волосся необхідно обробити одним із дезінсектицидних засобів:

А. 0,5% розчин карбофосу;

Б. 0,5% розчин дикрезилу;

В. 5% мазь метилацетофосу, після чого на 15 хвилин покрити голову целофановою косинкою. Потім промити волосся теплою водою і прополоскати 6 % розчином столового оцту;

Г. 10% розчин камфори, суміш 70% розчину етилового спирту, 1% спиртовий розчин саліцилової кислоти.

7. Хворий поступив до приймального відділення у стані тяжкої серцево-судинної недостатності. Який об'єм санітарної обробки показаний хворому?

А. Часткова санітарна обробка шляхом обтирання обличчя і, відкритих частин тулуба рушником, змоченим водним розчином столового оцту. При загостренні серцево-судинної недостатності хворого терміново, без санітарної обробки, направити в реанімаційне відділення;

Б. Повна санітарна обробка з використанням гігієнічної ванни;

В. Повна санітарна обробка з використанням контрастного душа;

Г. Часткова санітарна обробка з проведенням профілактики педикульозу.

8. Якою повинна бути температура гігієнічної ванни?

А. 31–32°C;

Б. 33–34°C;

В. 35–36°C;

Г. 37–38°C;

9. Яким термометром вимірюється температура води гігієнічної ванни?

А. Ртутний медичний термометр;

Б. Термометр на рідких кристалах;

В. Спиртовий термометр у футлярі;

Г. Електротермометр.

10. У приймальне відділення поступив хворий з підозрою на шлунково-кишкову кровотечу (3 год тому була блювота «кавовою гущею»). Хворий почувається задовільно, пересувається самостійно. Як транспортувати хворого у відділення?

А. Пішки, у супроводі медичної сестри;

Б. У кріслі-каталці;

В. Тільки на каталці у положенні лежачі;

Г. Самостійно.

Тестові завдання до розділу 3.

1. Хворий лежить у ліжку. Самостійно не може повернутися, підняти голову, руки, ноги. Як називається таке положення ?

- А. Активне;
- Б. Пасивне;
- В. Вимушене активне;
- Г. Вимушене пасивне.

2. Який із зазначених засобів застосовують для зменшення неприємного запаху із рота?

- А. 0,1% розчин карболової кислоти;
- Б. 2% р-н натрію гідрокарбонату;
- В. 5% р-н столового оцту;
- Г. 1% р-н ляпісу (азотнокислого срібла).

3. Вкажіть першу ознаку пролежнів:

- А. Синці на тілі;
- Б. Почервоніння шкіри на виступаючих місцях;
- В. Дуже значна блідість шкіри;
- Г. Зниження температури шкіри в місцях утворення пролежнів.

4. Чому підкладний круг не можна надувати дуже сильно?

- А. Він вийде з ладу;
- Б. Йому не можна надати у ліжку рівновагове положення;
- В. Круг повинен міняти свою форму при рухах хворого;
- Г. Хворому буде не зручно.

5. Скільки разів на добу слід проводити гігієнічне прибирання палат і предметів побуту:

- А. Одноразово;

- Б. Двічі;
- В. Тричі;
- Г. Через день.

6. Яке пристосування (засіб) використовують для закапування крапель у вухо?

- А. Шприц місткістю 1 мл;
- Б. Піпетка;
- В. Шприц Жане;
- Г. Крапельниця.

7. Стан хворого тяжкий, йому не дозволяють рухатися. Скільки разів на добу хворому необхідно міняти постільну і натільну білизну?

- А. 1 раз;
- Б. 2 рази;
- В. 3 рази;
- Г. За необхідністю.

8. Які засоби використовують для гігієнічного догляду за носом?

- А. Суха ватна кулька;
- Б. Суха ватно-марлева турунда;
- В. Турунда, змочена вазеліновою олією;
- Г. Турунда, змочена 3% борним спиртом.

9. Яке призначення приліжкових тумбочок?

- А. Для зберігання медикаментів;
- Б. Для зберігання верхнього одягу хворого;
- В. Для зберігання предметів особистої гігієни хворого;
- Г. Для зберігання верхнього одягу та предметів особистої гігієни хворого.

10. На яку кількість ліжок розрахований медсестринський пост?

А) 25–30;

Б) 50–60;

В) 8–10;

Г) 16–20;

Д) 7–10.

Тестові завдання до розділу 4.

1. При опитуванні хворого перенесені захворювання описують у розділі:

- А. В історії життя;
- Б. В історії розвитку захворювання;
- В. При опитуванні за системами;
- Г. У скаргах хворого.

2. До якого розділу опитування хворого відноситься скарга на ядуху:

- А. Скарги хворого;
- Б. Деталізація скарг;
- В. Опитування по системах;
- Г. Історія розвитку хвороби.

3. Який розділ анамнезу називають медичною біографією?

- А. Головні скарги хворого;
- Б. Другорядні скарги хворого;
- В. Історію життя;
- Г. Історію хвороби.

4. До якого розділу анамнезу входить скарга на значне зниження маси тіла?

- А. Розпитування щодо загального самопочуття;
- Б. Скарги хворого;
- В. Історія життя;
- Г. Історія хвороби;

5. Докладний опис вивчення кожної скарги хворого фіксують у наступному розділі заповнення історії хвороби:

- А. Опитування за системами;
- Б. Деталізація скарг;

В. Історія розвитку хвороби;

Г. Скарги хворого.

6. В якому розділі анамнезу при опитуванні хворого описують шкідливі звички?

А. У скаргах;

Б. В анамнезі хвороби;

В. В анамнезі життя;

Г. При вивченні другорядних скарг хворого.

7. У якій послідовності проводять розпитування хворого?

А. Скарги, анамнез захворювання, анамнез життя;

Б. Алергологічний, сімейний, спадковий, гінекологічний анамнез;

В. Всі перенесені захворювання в хронологічному порядку;

Г. Паспортна частина, скарги, розпитування за системами, анамнез захворювання й життя.

8. З якої системи треба починати розпитування про органи і системи?

А. Немає значення;

Б. Із серцево-судинної системи;

В. З тієї, на яку хворий пред'являє скарги;

Г. З дихальної системи, особливо в зимовий період;

9. Що таке основні скарги?

А. Скарги, характерні для основної патології;

Б. Скарги, що супроводжують супутнє захворювання;

В. Скарги загального характеру (слабкість, зниження апетиту, поганий сон);

Г. Задишка, кашель, кровохаркання, біль за грудиною, підвищення температури тіла.

10. Що таке загальні скарги?

- А. Скарги, характерні для основного захворювання;
- Б. Скарги, пов'язані з порушенням функції нервової системи;
- В. Скарги, характерні для супутнього захворювання;
- Г. Скарги, характерні переважно для більшості захворювань (наприклад, слабкість, погане самопочуття, нервова лабільність тощо).

Тестові завдання до розділу 5.

1. При якому освітленні проводять загальний огляд хворого:

- А. Розсіяному сонячному або інтенсивному розсіяному штучному освітленні;
- Б. Прямому сонячному або жовтому штучному освітленні;
- В. Темряві;
- Г. При будь-якому.

2. Задовільний стан хворого характеризується:

- А. Помірними хворобливими проявами недуги, невиразним погіршенням самопочуття, активним положенням у ліжку;
- Б. Виразними проявами патологічного процесу, вимушеним або пасивним положенням хворого у ліжку;
- В. Ознаками клінічної смерті;
- Г. Виразними порушеннями функціональної діяльності різних органів і систем, значним зменшенням працездатності, несприятливою динамікою захворювання.

3. Тяжкохворого оглядають в положенні:

- А. Стоячи;
- Б. Сидячи;
- В. Лежачи;
- Г. За бажанням хворого.

4. Ступор – це:

- А. Колапс;
- Б. Порушення свідомості;
- В. Низький зріст;
- Г. Зміна настрою.

5. Що з перерахованого не є різновидом патологічної ходи?

- А. Атаксична;

- Б. Паретична;
- В. Мозочкова;
- Г. Периферична.

6. Які визначають види положення хворого у ліжку:

- А. Активне, добре, негативне;
- Б. Сидяче, лежаче;
- В. Такі види не існують;
- Г. Активне, пасивне, вимушене.

7. Що з перерахованого вважається конституціональним типом?

- А. Астенічний;
- Б. Систолічний;
- В. Меланхолічний;
- Г. Класичний.

8. Зріст вимірюють за допомогою:

- А. Вагів;
- Б. Терезів;
- В. Ростоміра;
- Г. Лінійки.

9. Дані загального огляду хворого фіксуються в:

- А. Журналі реєстрації пацієнтів;
- Б. Температурному листку;
- В. Історії хвороби;
- Г. Статистичному талоні;

10. Виберіть із перерахованого вірну формулу індекса маси тіла:

- А. Зріст (м)² / масу тіла (кг);

Б. Маса тіла (кг) + зріст (м)²;

В. Маса тіла (кг) - зріст (м)²;

Г. Маса тіла (кг)/зріст (м)².

Тестові завдання до розділу 6.

1. На скільки ударів прискорюється пульс при підвищенні температури тіла на 1°C:

- А. 5 уд.;
- Б. 8-10 уд.;
- В. 1 уд.;
- Г. 12 уд.;

2. Де реєструє щоденні показники температури тіла медична сестра?

- А. В температурному листі;
- Б. В історії хвороби (титульний лист);
- В. В карті вибувшого із стаціонару;
- Г. В листі направлень;

3. Оберіть показники субфебрильної температури:

- А. Температура 36,6–37,6°C;
- Б. Температура 37,0–38,0°C;
- В. Температура 38,0–38,5°C;
- Г. Температура 39,0–40,0°C;

4. З якою метою перед вимірюванням температури ртутним термометром висушують та очищають від поту пахвинну ямку?

- А. Забезпечення гігієнічних умов проведення процедури;
- Б. Застерегти організм хворого від переохолодження;
- В. Забезпечення найбільшої точності вимірювання;
- Г. З метою кращої фіксації термометра;

5. Яке зниження температури називається літичним?

- А. Каскадоподібне;
- Б. Хвилеподібне;

В. Поступове;

Г. Раптове;

6. Яка тривалість вимірювання температури в пахвинній ямці медичним термометром?

А. До 5 хвилин;

Б. До 10 хвилин;

В. До 15 хвилин;

Г. До 20 хвилин;

7. Добові коливання температури у хворого 4-5 °С. Для якого типу гарячки характерні такі флуктуації?

А. Гарячка гектичного (виснажуючого) типу;

Б. Гарячку хвилеподібного типу (ундулююча);

В. Гарячка постійного типу;

Г. Гарячку нерегулярного типу;

8. Яка система першочергово страждає при кризисному зниженні температури тіла?

А. Нервова;

Б. Травна;

В. Дихальна;

Г. Серцево-судинна;

9. Як змінюється температура тіла після приймання їжі?

А. Підвищується;

Б. Знижується;

В. Знижується в конкретній ділянці;

Г. Не змінюється;

10. Виберіть із запропонованого діапазон нормальних показників температури тіла:

A. 35,5–36,6°C;

Б. 36,4–36,9°C;

В. 36,6°C;

Г. 36,0–37,0°C;

Тестові завдання до розділу 7.

1. У хворого з недостатністю кровообігу раптово виник напад ядухи які заходи повинна здійснити медична сестра?

- А. Створити хворому положення напівсидячи;
- Б. Забезпечити інгаляцію кисню;
- В. Терміново повідомити лікаря;
- Г. Все перераховане.

2. На яких артеріях частіше за все досліджують пульс у хворого?

- А. Ліктьових;
- Б. Променевих;
- В. Пахових;
- Г. Стегнових.

3. З приведенного переліку станів виберіть ті, при яких артеріальний тиск підвищується (в нормі):

- А. Фізичне навантаження;
- Б. Емоційна напруга;
- В. Їжа;
- Г. Всі перераховані.

4. У хворого при вимірюванні АТ зафіксовано його підвищення до 180/90 мм рт. ст. Який систолічний тиск вважається нормальним?

- А. 120–140 мм рт. ст.
- Б. 100–139 мм рт. ст.
- В. 90–110 мм рт. ст.
- Г. 80–90 мм рт. ст.

5. При дослідженні пульсу на променевих артеріях хворого виявлена ЧСС 100 ударів в 1хвилину. Яка в нормі частота пульсу?

- А. 60–80 в 1 хв.

Б. 50–59 в 1 хв.

В. 70–100 в 1 хв.

Г. 100 в 1 хв.

6. Частота дихальних рухів у здорової людини коливається в межах:

А. 8–12 в 1 хв.

Б. 12–16 в 1 хв.

В. 16–20 в 1 хв.

Г. 20–25 в 1 хв.

7. Який тип дихання у жінок?

А. Грудний;

Б. Черевний;

В. Змішаний;

Г. Ортопноное.

8. У хворого 80 років після черепно-мозкової травми з'явилися судоми, короткі зупинки дихання замінялися декількома глибокими вдихами. Який тип дихання виник у хворого?

А. Чейн-Стокса;

Б. Грокка;

В. Біота;

Г. Куссмауля.

9. В положенні лежачи в нормі число дихальних рухів:

А. Зменшується до 10–11 в 1 хв.

Б. Зменшується до 14–16 в 1 хв.

В. Збільшується до 25 в 1 хв.

Г. Зменшується до 10 в 1 хв.

10. Хворому вимірюють артеріальний тиск вперше в житті. Яку руку для вимірювання слід вибрати?

А. Ліву;

Б. Праву;

В. Обидві;

Г. Та, що ближче.

Тестові завдання до розділу 8.

1. Який спосіб введення лікарських засобів називається парентеральним:

- А. Застосування лікарських засобів за допомогою ін'єкцій;
- Б. Введення лікарських засобів в організм обминувши шлунково-кишковий тракт;
- В. Зовнішнє застосування лікарських засобів;
- Г. Введення ліків через слизові оболонки;

2. В яких випадках лікарські препарати призначаються після прийому їжі:

- А. Якщо вони подразнюють слизову оболонку шлунка;
- Б. Якщо вони приймають участь в травленні;
- В. Якщо вони руйнуються під дією соляної кислоти шлункового соку і ферментів;
- Г. У хворих з порушенням ковтання;

3. Які ускладнення пов'язані з порушенням правил асептики та антисептики при проведенні інєкцій:

- А. Повітряна і жирова емболія;
- Б. Алергічні реакції;
- В. Розвиток постінєкційних інфільтратів та абсцесів;
- Г. Захворювання вірусним гепатитом;

4. Внутрішньом'язову ін'єкцію виконують:

- А. В підлопаткову ділянку;
- Б. В верхній зовнішній квадрат сідниці;
- В. В середній частині зовнішньої поверхні плеча;
- Г. В середній частині внутрішньої поверхні передпліччя;

5. Як перевірити чи потрапила голка у вену при внутрішньовенному введенні ліків:

- А. Перевірити пульс;
- Б. Запитати у пацієнта про самопочуття;
- В. Підтягти поршень до себе;
- Г. Зняти голку зі шприця;

6. Яка кратність використання стерильної системи для внутрішньовенного крапельного вливання:

- А. Дворазова;
- Б. Одноразова;
- В. Триразова;
- Г. Багаторазова;

7. На яку глибину вводиться інєкційна голка при проведенні внутрішньошкірної ін'єкції:

- А. 0,1– 0,2 см;
- Б. 0,9–1 см;
- В. 0,6–0,8 см;
- Г. 0,3–0,5 см;

8. З якою швидкістю слід подавати кисень через індивідуальний інгалятор:

- А. 2–3 л за 1 хвилину;
- Б. 8–9 л за 1 хвилину;
- В. 6–7 л за 1 хвилину;
- Г. 4–5 л за 1 хвилину;

9. Парентеральний спосіб введення лікарських засобів це:

- А. Застосування лікарських засобів за допомогою ін'єкцій;

Б. Введення лікарських засобів в організм обминаючи шлунково-кишковий тракт;

В. Зовнішнє застосування лікарських засобів;

Г. Введення ліків через пряму кишку.

10. Де мають зберігатися лікарські засоби групи «А» і «Б»:

А. В сейфі;

Б. На медсестринському посту;

В. В процедурному кабінеті;

Г. В шафі;

Тестові завдання до розділу 9.

1. При яких патологічних станах застосування гірчичників протипоказане:

- А. Запалення бронхів;
- Б. Запалення легень;
- В. Пухлина легень;
- Г. Запалення м'язів;

2. Коли застосовують міхур з льодом:

- А. При запаленні легень;
- Б. При кровотечі;
- В. Після введення олійного розчину;
- Г. При хронічних холециститах;

3. Показанням для застосування зігрівального компресу є:

- А. Запалення суглобів;
- Б. Алергічні захворювання шкіри;
- В. Забиття;
- Г. Укусах комах;

4. Середня тривалість застосування гірчичників складає:

- А. 15–20 хвилин;
- Б. 20–25 хвилин;
- В. 10–15 хвилин;
- Г. 5–10 хвилин;

5. При носовій кровотечі застосовують:

- А. Зігріваючий компрес;
- Б. Холодний компрес;
- В. Грілку;

Г. Гірчичники;

6. На якій відстані одна від одної ставляться банки на тілі хворого:

А. 2–3 см;

Б. 3–4 см;

В. 4–5 см;

Г. 5–6 см;

7. Яка тривалість застосування холодного компресу:

А. 15–20 хвилин;

Б. Не більше 30 хвилин;

В. Не більше 1 години;

Г. Не більше 2 годин;

8. Які засоби фізичного впливу можна застосувати хворим з нирковою колькою:

А. Банки;

Б. Грілку;

В. Міхур з льодом;

Г. Холодний компрес;

9. До показань для застосування холодного компресу відносяться всі, окрім:

А. Запальні захворювання суглобів;

Б. Носові кровотечі;

В. Забиття;

Г. Укуси комах;

10. Протипоказанням до застосування банок є:

А. Міозит;

Б. Схильність до кровотечі;

В. Бронхіт;

Г. Неврит;

Тестові завдання до розділу 10.

1. Об'єм харчової клізми не повинен перевищувати:

- А. 200 мл поживної суміші;
- Б. 100 мл поживної суміші;
- В. 50 мл поживної суміші;
- Г. 500 мл поживної суміші.

2. Енергетична цінність харчування для гіпертрофіка складає:

- А. 2400 – 2700 ккал/доб;
- Б. 2400 – 2200 ккал/доб;
- В. 1900 – 2000 ккал/доб;
- Г. 1900 – 2200 ккал/доб.

3. Назвіть номер наказу «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні».

- А. № 228;
- Б. № 931;
- В. № 552;
- Г. № 798.

4. За класифікацією харчового статусу гіпотрофік має:

- А. ІМТ 15-18,5 ;
- Б. ІМТ 18,5 – 25,0 ;
- В. ІМТ 25 – 30 ;
- Г. ІМТ < 30.

5. Де вивішується інструкції з перерахунком продуктів, які дозволяється/забороняється передавати хворому в лікарню:

- А. У палаті;
- Б. У коридорі;

В. На посту медсестри;

Г. У приймальному відділенні та залі очікування.

6. За класифікацією харчового статусу нормотрофік має:

А. ІМТ 15-18,5 ;

Б. ІМТ 18,5 – 25,0 ;

В. ІМТ 25 – 30 ;

Г. ІМТ < 30.

7. За класифікацією харчового статусу гіпертрофік має:

А. ІМТ 15-18,5 ;

Б. ІМТ 18,5 – 25,0 ;

В. ІМТ 25 – 30 ;

Г. ІМТ > 30.

8. Енергетична цінність харчування для нормотрофіка складає:

А. 2400 – 2700 ккал/доб;

Б. 2400 – 2200 ккал/доб;

В. 1900 – 2000 ккал/доб;

Г. 1900 – 2200 ккал/доб.

9. Енергетична цінність харчування для гіпотрофіка складає:

А. 2400 – 2700 ккал/доб;

Б. 2400 – 2200 ккал/доб;

В. 1900 – 2000 ккал/доб;

Г. 1900 – 2200 ккал/доб.

10. В чиї обов'язки входить складання порційника у відділенні:

А. Дієтолог;

Б. Постова медсестра;

В. Старша медсестра;

Г. Завідуючий відділенням.

Тестові завдання до розділу 11.

1. Догляд за порожнинною рота у важкохворих включає:

А. Промивання 0,5% розчином натрію гідрокарбонату або 0,9% розчином натрію хлориду, або слабким розчином калію перманганату;

Б. Чистку зубів і ясен зубними пастами згідно рекомендацій стоматолога;

В. Прополіскування ротової порожнини чистою прокип'яченою водою, за потреби із доданням 2-3 мл 40% етилового спирту;

Г. Протирання зубів та ясен марлевим тампоном, змащеним зубною пастою із послідуєчим полосканням;

2. Догляд за очима у важкохворих включає:

А. Обробку повік ватним тампоном, змоченим мильним розчином із послідуєчим промиванням очей прокип'яченою водою;

Б. Обробку повік ватним тампоном, що змочений 2% розчині борної кислоти із послідуєчим промиванням прокип'яченою водою або 0,9% розчином натрію хлориду;

В. Обробку повік ватним тампоном, що змочений мильним розчином із послідуєчим промиванням очей прокип'яченою водою з додаванням слабого розчину калію перманганату;

Г. Обробку повік ватним тампоном, що змочений 2% розчині борної кислоти із послідуєчим промиванням прокип'яченою водою або слабким розчином калію перманганату;

3. Підстригати нігті важкохворому доцільно:

А. 1 раз у два тижні;

Б. Не рідше 1 разу на тиждень;

В. 1 раз у три тижні;

Г. За потреби;

4. Для обтирання шкірних покривів важкохворих використовують слідуєчи антисептичні засоби:

- А. 10% розчин камфори, суміш 70% розчину етилового спирту, 1% спиртовий розчин саліцилової кислоти;
- Б. Мильний розчин, 10% розчин камфори, суміш 70% розчину етилового спирту, 1% спиртовий розчин саліцилової кислоти;
- В. 10% розчин камфори, суміш 70% розчину етилового спирту, 1% спиртовий розчин саліцилової кислоти, 1% розчин хлораміну;
- Г. Мильний розчин, суміш 70% розчину етилового спирту, 1% спиртовий розчин саліцилової кислоти, розчини з додаванням рослинних олій;

5. Який найдовший термін знаходження натільної білизни на тілі у важкохворого за умови відсутності її забруднення?

- А. 1 день;
- Б. 3 дні;
- В. 7 днів;
- Г. 10 днів;

6. Гігієна ліжка важкохворого повинна включати:

- А. Виконувати щоденну обробку вологими чистими ганчірками і періодично – обробку 3% розчином хлораміну або лізолом;
- Б. Щоденну обробку вологими чистими ганчірками;
- В. Щоденна обробка 3% розчином хлораміну або лізолом;
- Г. Обробку 3% розчином хлораміну або лізолом 1 раз у два дні;

7. Поняття «постільний комфорт» – це

- А. Забезпечення підготовки постелі для важкохворого і контроль за станом постільної білизни;
- Б. Заходи по розгладжуванню простирадла на ліжку хворого з метою попередження зморшок як причини пролежнів;
- В. Своєчасну зміну постільної та натільної білизни;
- Г. Забезпечення зручного положення в ліжку хворого;

8. В процесі розвитку пролежнів розрізняють:

- А. Три стадії;
- Б. Чотири стадії;
- В. П'ять стадій;
- Г. Дві стадії;

9. Як необхідно обробляти посуд (судно, «вутку») після виділень лежачих хворих?

- А. Мити гарячою водою, специфічної обробки не потребують;
- Б. Мити гарячою водою щодня, час від часу промивають дезінфікуючим розчином: 3-5 % хлораміном, 5 % карболовою кислотою, лізолом чи 20 % хлорним вапном;
- В. Мити гарячою водою та промивають дезінфікуючим розчином: 3-5 % хлораміном, 5 % карболовою кислотою, лізолом чи 20 % хлорним вапном;
- Г. Мити гарячою водою щодня, 1 раз на тиждень замочувати в дезінфікуючому розчині: 3-5 % хлораміном, 5 % карболовою кислотою, лізолом чи 20 % хлорним вапном;

10. Молодша медична сестра повинна знаходитись біля ліжка важкохворого, що помирає:

- А. Практично постійно;
- Б. Підходити кожні 30 хвилин;
- В. Підходити кожні 15 хвилин;
- Г. Підходити виключно згідно розпорядження лікаря.

Тестові завдання до розділу 12.

1. Клінічна смерть характеризується:

- А. Припиненням дихання, наявністю пульсу та зіничного рефлексу, анаеробним гліколізом;
- Б. Припиненням діяльності серця, дихання, відсутністю рефлексів і обміну речовин;
- В. Припиненням діяльності серця, гаспінг-диханням, зіничним рефлексом, аеробним гліколізом;
- Г. Припиненням діяльності серця, дихання, відсутністю рефлексів, анаеробним гліколізом.

2. До додаткових ознак клінічної смерті не належить:

- А. Зміна забарвлення шкіри (мертвотно-сіра чи синюшна);
- Б. Відсутність притомності;
- В. Відсутність рефлексів та втрата м'язового тону;
- Г. Час між зупинкою кровообігу і початком реанімації понад 3 хвилини.

3. Проведення штучного дихання за методом «рот в рот» або «рот до носа» одним реаніматором передбачає:

- А. На 2–3 вдихи 10–15 серцевих компресій;
- Б. На 2–3 вдихи 2–6 серцевих компресій;
- В. На 2–3 вдихи 4–8 серцевих компресій;
- Г. На 1 вдих 5 серцевих компресій.

4. На констатацію клінічної смерті слід затрачати час:

- А. Не більше 7–8 секунд;
- Б. Не більше 10 секунд;
- В. Не більше 5 секунд;
- Г. Не більше 30 секунд.

5. До заходів забезпечення прохідності дихальних шляхів не належать дії реаніматора:

- А. Відкриває рот потерпілому та пальцем, огорнутим хустинкою (марлевою салфеткою на затискачі) звільняє його від наявних сторонніх тіл та рідин (блювотних мас, харкотиння, водоростей, вставних щелеп, згустків крові тощо);
- Б. Виводить нижню щелепу допереду. Прохідність верхніх дихальних шляхів відновлюється у решти випадків;
- В. Відхиляє голову максимально дозад, підклавши під шию імпровізований валик (напр., власне передпліччя). При цьому в більшості потерпілих верхні дихальні шляхи вивільняються від язика та його кореня, стаючи прохідними;
- Г. Потерпілого вкладають горілиць на тверду основу, бажано з опущеною верхньою частиною тулуба.

6. Перша стадія серцево-легенево-мозкової реанімації може здійснюватись:

- А. Підготовленою людиною, не обов'язково медичним працівником;
- Б. Лікарем-реаніматологом;
- В. Медичною сестрою;
- Г. Всі відповіді вірні.

7. Ви розпочали здійснення заходів першої стадії серцево-легеневої реанімації. Кожні 2 хвилини оцінюєте її ефективність за параметрами. Який з параметрів не є доцільним для оцінки.

- А. Реакція зіниць на світло у вигляді звуження;
- Б. Нормалізація забарвлення шкіри;
- В. Відчуття під пальцями артеріальної пульсації, синхронної із закритим масажем серця;
- Г. Визначення артеріального тиску.

8. Через який термін виникають трупні плями на тілі при біологічній смерті?

- А. Через 1 годину;

- Б. Через 2 години;
- В. Через 3 години;
- Г. Через 4 години.

9. На вулиці без свідомості лежить чоловік на вигляд 57-60 років. При огляді ви виявляєте наявність безладного зовнішнього дихання з участю допоміжної мускулатури, на сонною артерією палькується слабкий пульс. Свідки стверджують, що чоловік упав декілька хвилин тому. Який алгоритм дії?

- А. Викликати бригаду швидкої медичної допомоги і чекати її приїзду;
- Б. Послабити комір сорочки, вивільнити шию, побризкати на обличчя водою, дати вдихнути нашатирний спирт (за наявності);
- В. Укласти хворого на тверду горизонтальну поверхню, підготувати верхні дихальні шляхи, розпочати штучне дихання і закритий масаж серця;
- Г. Реанімаційних заходів не здійснюємо, оскільки невідома причина та час смерті;

10. Після тривалої тяжкої хвороби у хворого знизився артеріальний тиск (60/40 мм рт.ст.), спостерігається тахікардія, задишка, поверхневе дихання, свідомість затьмарена. Цей стан можна розглядати як:

- А. Передагонія;
- Б. Агонія;
- В. Шок;
- Г. Клінічна смерть.

Тестові завдання до розділу 13.

1. Які із зазначених симптомів притаманні стану клінічної смерті?

- А. Свідомість не втрачена;
- Б. Свідомість затьмарена;
- В. Свідомість відсутня;
- Г. Нічого з переліченого;

2. Ознаками правильного проведення реанімаційних заходів є всі, крім:

- А. Звуження зіниць;
- Б. Нормалізація забарвлення шкіри;
- В. Відчуття під пальцями артеріальної пульсації, синхронної з масажем;
- Г. Розширення зіниць;

3. Яке положення хворого оптимальне для проведення реанімаційних заходів – дихання «рот в рот» і непрямого масажу серця?

- А. На правому боці з відведеною назад головою;
- Б. Напівсидячи на кріслі-каталці ;
- В. Горизонтальне на спині;
- Г. Не має значення;

4. Для зупинки венозної кровотечі:

- А. Накладається тиснуча пов'язка;
- Б. Накладається джгут;
- В. Притискається артерія на протязі;
- Г. Згинається кінцівка у суглобі;

5. На який час може накладатися джгут для зупинки артеріальної кровотечі у зимовий час?

- А. Не більше 30 хвилин;
- Б. Не більше 1 години;

В. Не більше 2 годин;

Г. Не більше 3 годин;

6. На який час може накладатися джгут для зупинки артеріальної кровотечі у літній час?

А. Не більше 30 хвилин;

Б. Не більше 1 години;

В. Не більше 2 годин;

Г. Не більше 3 годин;

7. Транспортна іммобілізація використовується для:

А. Зменшення болю;

Б. Зручного транспортування хворого;

В. Зупинки кровотечі;

Г. Обмеження рухів;

8. Для сифонної клізми використовують:

А. 10–15 л. перевареної води;

Б. Гіпертонічний розчин 1–2 л;

В. 3–4 л. перевареної води;

Г. 1–2 л. перевареної води.

9. При появі потягу до блювання під час введення зонда для промивання шлунка потрібно:

А. Зонд негайно вийняти;

Б. Ввести хворому через зонд проти блювотні ліки;

В. Продовжувати зондування незважаючи ні на що;

Г. Рекомендувати дихати через ніс.

10. Ускладненнями підшкірних ін'єкцій може бути:

- А. Утворення запальних та нагнійних процесів на місці ін'єкції (абсцес, флегмона);
- Б. Ушкодження нервових стовбурів;
- В. Жирова дистрофія підшкірної основи;
- Г. Запалення стінок вени.

Тестові завдання до розділу 14.

1. При потрапленні отрути у шлунково-кишковий тракт негайно виконують такі дії:

- А. Негайно видаляють слину та слиз з рота потерпілого;
- Б. Потерпілому негайно кілька разів промивають шлунок до появи чистих промивних вод;
- В. Дають потерпілому 2-3 склянки води;
- Г. Проводять штучне дихання – краще способом «з рота в ніс».

2. В основі асфіксичного утоплення лежить:

- А. Бронхоспазм;
- Б. Гостра серцево-судинна недостатність;
- В. Рефлекторний ларингоспазм;
- Г. Альвеолярний набряк легенів.

3. Розрізняють такі види утоплення:

- А. Асфіксичне (сухе), справжнє (мокре);
- Б. Істинне (мокре), асфіксичне (сухе), синкопальний тип (смерть у воді);
- В. Справжнє (мокре), асфіксичне (сухе), аритмічний тип;
- Г. Асфіксичне (сухе), синкопальний, анафілактичний тип.

4. В основі істинного утоплення лежить:

- А. Рефлекторний ларингоспазм;
- Б. Рефлекторна зупинка серцевої діяльності;
- В. Потрапляння в альвеоли води;
- Г. Рефлекторний бронхоспазм.

5. Синкопальний тип утоплення настає в результаті:

- А. Потрапляння в альвеоли води;
- Б. Рефлекторної зупинки серцевої діяльності;

- В. Рефлекторного ларингоспазм;
- Г. Підвищення внутрічерепного тиску.

6. Ранні ознаки теплового удару:

- А. Загальна слабкість, головний біль, нудота;
- Б. Галюцинації, втрата свідомості;
- В. Підвищення температури тіла до 39-400 С;
- Г. Поява еритеми.

7. Найбільш простим і ефективним способом відновлення кровообігу є:

- А. Закритий масаж серця при обов'язковій штучної вентиляції легенів;
- Б. Закритий масаж серця без штучної вентиляції легенів;
- В. Прямий масаж серця;
- Г. Дефібриляція.

8. Перша допомога при сонячному ударі включає в себе:

- А. Штучне дихання;
- Б. Перенесення потерпілого в прохолодне місце, захищене від сонячних променів та покласти холодний компрес або ємкість з льодом до голови;
- В. Непрямий масаж серця;
- Г. Призначення знеболюючих.

9. Які ураження серцево-судинної системи виникають при електротравмі:

- А. Порушення серцевого ритму та провідності, асистолія;
- Б. набряк легень;
- В. Інфаркт міокарду;
- Г. Гостра серцево-судинна недостатність, пов'язана з ослабленням міокарда лівого шлуночка.

10. Що розуміють під терміном «невідкладний стан»:

- А. Стан клінічної смерті;
- Б. Період агонії;
- В. Пограничний стан між життям та смертю;
- Г. Період умирання.

Відповіді на тести.

Відповіді на тести до розділу 1.

1-А; 2-Б; 3-Г; 4-В; 5-А; 6-Б; 7-Г; 8-Г; 9-Г; 10-А.

Відповіді на тести до розділу 2.

1-А; 2-А; 3-В; 4-В; 5-Г; 6-В; 7-А; 8-В; 9-В; 10-Б.

Відповіді на тести до розділу 3.

1-Г; 2-Б; 3-Б; 4-В; 5-В; 6-Б; 7-Г; 8-В; 9-В; 10- А.

Відповіді на тести до розділу 4.

1-А; 2-А; 3-Г; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-В; 8-В; 9-А; 10-Б.

Відповіді на тести до розділу 5.

1-А; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-Г; 6-Г; 7-А; 8-В; 9-В; 10-Г.

Відповіді на тести до розділу 6.

1-Б; 2-В; 3-Б; 4-В; 5-В; 6-Б; 7-А; 8-Г; 9-А; 10-Б.

Відповіді на тести до розділу 7.

1-Г; 2-Б; 3-Г; 4-Б; 5-А; 6-В; 7-А; 8-А; 9-Б; 10- В.

Відповіді на тести до розділу 8.

1-Б; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-В; 6-Б; 7-Г; 8-Г; 9-Б; 10-А.

Відповіді на тести до розділу 9.

1-В; 2-Б; 3-А; 4-В; 5-Б; 6-А; 7-В; 8-Б; 9-А; 10-Б.

Відповіді на тести до розділу 10.

1-А; 2- В; 3- Б; 4- А; 5- Г; 6-Б; 7-В; 8-Б; 9-А; 10-Б.

Відповіді на тести до розділу 11.

1-А; 2-Б; 3-Б; 4-А; 5-Г; 6-А; 7-Г; 8-Б; 9-В; 10-А.

Відповіді на тести до розділу 12.

1- Г; 2- Г; 3-А; 4-А; 5-Г; 6-Г; 7-Г; 8-Б; 9-В; 10- А.

Відповіді на тести до розділу 13.

1-В; 2-Г; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-А; 8-А; 9-Г; 10-А.

Відповіді на тести до розділу 14.

1-А; 2-В; 3-Б; 4-В; 5-Б; 6-А; 7- А; 8-Б; 9-А; 10-В.

Список використаної літератури:

1. Безпека життєдіяльності : навчальний посібник / [С. М. Мохняк, О. С. Дацько, О. І. Козій та ін.]. – Львів : Видавництво Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2009. – 264 с.
2. Бобирьов В. М. Внутрішні хвороби. Фармакотерапія больового синдрому : [підручник для студентів мед. і стомат. фак. вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації] / В. М. Бобирьов, Т. А. Петрова, Г. О. Островська. – Полтава : Верстка, 2003. – 239 с.
3. Бобырев В. Н. Внутренние болезни. Фармакотерапия болевого синдрома : учебное пособие / В. Н. Бобырев, Т. А. Петрова, Г. Ю. Островская. – Полтава : Верстка, 2003. – 255 с.
4. Вакалюк П. М. Догляд за хворими в гастроентерологічному стаціонарі / П. М. Вакалюк, Н. М. Середюк, В. Г. Денисюк. – Київ : Здоров'я, 1982. – 92 с.
5. Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. – Київ : Здоров'я, 2011. – 351 с.
6. Внутренние болезни : учебное пособие [для студентов учреждений высшего проф. образования, обуч. по спец. 060101.65 «Лечебное дело», 060103.65 «Педиатрия», 060104.65 «Медико-профилактич. Дело» по дисц. «Внутр. Болезни»] / [М. В. Малишевский, Э. А. Кашуба, Э. А. Ортенберг и др.] ; под ред. М. В. Малишевского. – изд. 4-е, перераб. и доп. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 983 с.
7. Внутрішні хвороби : [посібник для студентів і лікарів-інтернів мед. фак. вищ. мед. навч. закладів] / Л. Є. Бобирьова, І. М. Скрипник, М. М. Потяженко, Л. Д. Коровіна. – Київ : Здоров'я, 1998. – 439 с.
8. Внутрішні хвороби : підручник для студ., лікарів-інтернів, лікарів-курсантів мед. фак. і фак. удосконалення лікарів вищ. мед. навч. закладів / [В. М. Ждан, К. В. Бажан, К. Є. Вакуленко та ін.] ; за ред. В. М. Ждана, К. В. Бажана. – Полтава : Полтавський літератор, 1998. – 204 с.
9. Внутрішні хвороби : підручник для студентів стомат. фак-тів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації / за ред. М. С. Расіна ; [В. М. Березов, В. М. Васильєв, Є. І. Дзись та ін.]. – Полтава : Форміка, 2002. – 343 с.
10. Внутрішні хвороби. Диференціальний діагноз і лікування хворих : [навчальний посібник для студентів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації] / за ред. Є. О. Воробйова, М. А. Дудченка, В. М. Ждана ; МОЗ України, УМСА. – Полтава : Дивосвіт, 2004. – 362 с.

11. Внутрішня медицина : [підручник для студентів вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації] : у 3-х т. Т. 1. Хвороби системи кровообігу. Хвороби органів травлення. Хвороби крові і кровотвірних органів / відп. ред. К. М. Амосова ; [К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева та ін.]. – Київ : Медицина, 2008. – 1055 с.
12. Внутрішня медицина : [підручник для студентів вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації] : у 3-х т. Т. 2. Хвороби органів дихання. Хвороби нирок. Ревматичні хвороби / відп. ред. К. М. Амосова ; [А. С. Свінціцький, Л. Ф. Конопльова, Ю. І. Феценко та ін.]. – Київ : Медицина, 2009. – 1087 с.
13. Внутрішня медицина : підручник для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації / [Н. М. Середюк, Є. М. Нейко, І. П. Вакалюк та ін.] ; за ред. Є. М. Нейка. – Київ : Медицина, 2009. – 1102 с.
14. Внутрішня медицина : підручник для студентів стомат. фак. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації / за ред. М. С. Расіна ; [К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін.] ; МОЗ України. – Вінниця : Нова книга, 2015. – 325 с.
15. Гагунова Е. Я. Общий уход за больными : учебник для медсестринских отделений мед. училищ / Е. Я. Гагунова. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : Медицина, 1973. – 288 с.
16. Галкин В. А. Внутренние болезни с основами патологии и уход за больными : учебник для отд-ний мед. сестер мед. училищ / В. А. Галкин. – 2-е изд. – М. : Медицина, 1980. – 392 с.
17. Гастроэнтерология. Гепатология / ред. : Николас А. Бун, Ники Р. Колледж, Брайан Р. Уолкер, Джон А.А. Хантер ; пер. с англ. под ред. В. Т. Ивашкина. – М. : Рид Элсивер, 2009. – 191 с.
18. Грандо А. А. Врачебная = Medical ethics / А. А. Грандо, С. А. Грандо ; Центральный музей медицины Украины. – К. : Триумф, 1994. – 255 с.
19. Громнацкий Н. И. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов / Н. И. Громнацкий. – М. : МИА, 2010. – 682 с.
20. Губергриц А. Я. Лечебное питание / А. Я. Губергриц, Ю. В. Линеvский. – 3-е изд., перераб. и доп. – К. : Выща школа, 1989. – 398 с.
21. Деонтологія та етика в клінічній практиці : навчальний посібник : у 2-х ч. Ч. 1 / Ю. М. Казаков, С. І. Треумова, В. П. Боряк та ін. ; МОЗ України, УМСА, Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за

- хворими, загальної практики (сімейної медицини). – Полтава : Укрпромторгсервіс, 2015. – 203 с.
22. Деонтологія та етика в клінічній практиці : навчальний посібник : у 2-х ч. Ч. 2 / С. І. Треумова, Є. Є. Петров, Ю. Г. Бурмак, Т. А. Трибрат ; МОЗ України, УМСА, Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини). – Полтава : Техсервіс, 2017. – 375 с.
23. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : [навчальний посібник для студентів вищих мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації] / за ред. Л. М. Ковальчука, О. В. Кононова ; [Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, А. Ф. Коплик та ін.]. – К. : Медицина, 2009. – 478 с.
24. Догляд за хворими. Практика : [підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації] / за ред. О. М. Ковальової, В. М. Лісового, С. І. Шевченко, Т. В. Фролової. – К. : Медицина, 2010. – 483 с.
25. Догляд за хворими: Практика : підручник для мед. ВНЗ IV рів. акред. / за ред. О. М. Ковальової, В. М. Лісового та ін. – 3-тє вид., випр. – К., 2015. – 488 с.
26. Домедична допомога (алгоритми та маніпуляції) : методичний посібник / [В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін, І. В. Кузьминський та ін.]. – Київ, 2017. – 120 с.
27. Домедична допомога. Серцево-легенева реанімація (алгоритми та маніпуляції) : методичний посібник / [В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін, І. В. Кузьминський та ін.]. – Київ, 2017. – 73 с.
28. Домедична допомога. Травма (алгоритми та маніпуляції) : методичний посібник / [В. О. Крилюк, В. Ю. Кузьмін, І. В. Кузьминський та ін.]. – Київ, 2017. – 84 с.
29. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики – сімейних лікарів : навчально-методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка ; НМАПО. – К. : Дженерал паблік рілейшнз, 2014. – 286 с.
30. Еталони практичних навиків з терапії : навч.-метод. посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів курсів підвищ. кваліфікації закладів (фак.) післядиплом. освіти, сімейн. лікарів / [Н. І. Швець, А. В. Підаєв, Т. М. Бенца та ін.]. – К. : Главмеддрук, 2005. – 539 с.
31. Желібо Є. П. Безпека життєдіяльності : підручник. / Є. П. Желібо, В. В. Зацарний. – К. : Каравела, 2006. – 288 с.

32. Жиდეцький В. Ц. Засоби індивідуального захисту та електрозахисні засоби. Запитання і відповіді, тести : навч. посібник. – К. : Основа, 2003. – 136 с.
33. Заликина Л. С. Уход за больными : учебник / Л. С. Заликина. – М. : МИА, 2008. – 201 с.
34. Казаков Ю. М. Обязанности и профессиональные действия медицинской сестры терапевтического отделения : учебный пособие для студ. высш. навч. заведений III-IV уровней акред. / Ю. М. Казаков, К. С. Ищейкин, Т. В. Настрога ; МОЗУ, ЦМК, УМСА. – К. ; Полтава : Полімет, 2012. – 165 с.
35. Касакевич Н. М. Общий уход за больными и медицинская манипуляция на технику: учебник для мед. I-III уровней акред. / Н. М. Касакевич. – 2-е вид. – К. : Знання, 2009. – 424 с.
36. Касевич Н. М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника : [учебник для студ. высш. мед. навч. заведений I-III уровней акредитации] / Н. М. Касевич. – вид. 4-е. – К. : Медицина, 2011. – 422 с.
37. Ковальова О. М. Деонтология в медицине : [учебник для студентов высших мед. навч. заведений IV уровня акредитации] / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – К. : Медицина, 2015. – 239 с.
38. Ковальова О. М. Деонтология в медицине : [учебник для студентов высших мед. навч. заведений IV уровня акредитации] / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – 2-е вид., випр. – К. : Медицина, 2018. – 239 с.
39. Коротков Б. П. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф : учебн. пособие / Б. П. Коротков, И. Г. Черепанов. – Москва : ИТК «Дашков и Ко» ; Ростов н/Д. : Наука-Пресс, 2007. – 480 с.
40. Латогуз И. К. Внутренние болезни. Клинические лекции : учеб. пособие для студ. мед. ин-тов и врачей практ. здравоохранения / И. К. Латогуз ; ЦМК по высш. мед. образов. Украины. Харьковский мед. ин-т. – Харьков, 1994. – 583 с.
41. Лечебное питание в клинической гастроэнтерологии / [И. В. Богданов, В. Ю. Ганчо, В. Б. Гриневич и др.]; под ред. В. Б. Гриневича ; РВМА. – Петрозаводск : ИнтелТек, 2003. – 139 с.
42. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта / Л. А. Лещинский. – М. : Медицина, 1989. – 208 с. – (Библиотека практического врача. Важнейшие вопросы внутренней медицины).

43. Міністерство охорони здоров'я України. Державні санітарні норми та правила «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я» : Наказ № 552 від 11.08.2014. – Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1067-14>
44. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу» : Наказ № 798 від 21.09.2010. – Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0798282-10>
45. Міністерство охорони здоров'я України. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до реєстраційних матеріалів : Наказ № 288 від 31.03.2016. – Доступно: <https://www.apteka.ua/article/366568>
46. Міністерство охорони здоров'я України. Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні : Наказ № 931 від 29.10.2013. – Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2205-13>
47. Мухина С. А. Общий уход за больными : учеб. пособ. для уч-ся мед. училищ / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. – М. : Медицина, 1989. – 255 с.
48. Неговский В. А. Очерки по реаниматологии / В. А. Неговский. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.
49. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими : [підручник для студентів мед. ун-тів та ін-тів] / В. З. Нетяженко, А. Г. Сьоміна, М. С. Присяжнюк. – К. : Здоров'я, 1993. – 296 с.
50. Окорочков А. Н. Лечение болезней внутренних органов : в 3-х т. / А. Н. Окорочков. – М. : Мед. лит., 2000–2001.
51. Основы реаниматологии / под ред. В. А. Неговского. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ташкент : Медицина, 1977. – 600 с.
52. Основы ухода за больными терапевтического профиля : учебное пособие для студ. высш. мед. заведений III-IV уровня аккред. / Ю. М. Казаков, Т. А. Трибрат, С. В. Шуть, Н. И. Чекалина ; УМСА, Кафедра внутренней медицины с уходом за больными общей практики (семейной медицины). – Полтава : Техсервис, 2013. – 231 с.
53. Пелешук А. П. Етика взаємовідносин лікаря та хворого : навчальний посібник для студ. та лікарів-інтернів мед. вузів / А. П. Пелешук, Л. П. Мусієнко. – К. : Здоров'я, 1993. – 89 с.

- 54.Пропедевтика внутрішніх хвороб : [підручник для студ. ВМЗО III-IV рівнів / Ю. І. Децик, Є. М. Нейко, Л. А. Пиріг та ін.] ; за ред. Ю. І. Децика. – К. : Здоров'я, 1998. – 503 с.
- 55.Пропедевтика внутрішніх хвороб : підручник для студентів стомат. фак. / ред. вид. М. С. Расін; В. М. Березов, В. М. Васильєв, Є. І. Дзись та ін. – Полтава : Інарт, 2004. – 351 с.
- 56.Пропедевтика внутрішньої медицини : [підручник для студентів вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації / за ред. О. Г. Яворського ; Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Є. М. Нейко та ін.]. – 4-те вид., випр. і доп. – К. : Медицина, 2016. – 551 с.
- 57.Пропедевтика внутрішньої медицини : [підручник для студентів стомат. фак. вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації] / за ред. М. С. Расіна ; К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. ; МОЗ України. – Вінниця : Нова книга, 2014. – 207 с.
- 58.Ройтберг Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система : [учебное пособие для системы послевузовской подготовки врачей] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – М. : БИНОМ, 2007. – 856 с.
- 59.Ройтберг Г. Е. Внутренние болезни. Система органов дыхания : [руководство для врачей] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – М. : БИНОМ, 2005. – 468 с.
- 60.Ройтберг Г. Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения : [учебное пособие: для студ. мед. вузов] / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 556 с.
- 61.Синдромная диагностика внутренних болезней : в 2-х ч. / [М. П. Ильин, К. И. Крякунов, В. Н. Минеев и др.] ; под ред. Г. Б. Федосеева. – СПб. : СпецЛит ; М. : МИА, 1996. – Ч. 1-я. – 436 с. ; Ч. 2-я. – 432 с.
- 62.Сорокина Т. С. История медицины : учебник для студ. мед. вузов / Т. С. Сорокина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ПАИМС, 1994. – 381 с.
- 63.Ступак Ф. Я. Історія медицини / Ф. Я. Ступак. – вид. 2-ге, випр. і доп. – К. : Книга-плюс, 2016. – 176 с.
- 64.Уход за больными: Практика : [учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III-IV уровней аккредитации] / под ред. О. Н Ковалевой, В. Н. Лесового, С. И. Шевченко, Т. В. Фроловой. – К. : Медицина, 2014. – 431 с.

- 65.Халмурадов Б. Д. Безпека життєдіяльності. Перша допомога в надзвичайних ситуаціях : навч. посібник / Б. Д. Халмурадов. – К. : Центр навч. літератури, 2006. – 138 с.
- 66.Шишкин А. Н. Внутренние болезни: распознавание, семиотика, диагностика : учебник для студ. вузов, обучающихся по мед. спец. / А. Н. Шишкин. – 2-е изд., стер. – СПб. : Лань, 2000. – 382 с.
- 67.Щуліпенко І. М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології : навч.-метод. посіб. для студ. мед. вузів і учнів мед. ліцеїв / І. М. Шуліпенко ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, Укр. мед. ліцей. – К. : Кий, 1998. – 383 с.
- 68.Щуліпенко І. М. Пропедевтика внутрішньої медицини: загальна семіотика і діагностика : навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / І. М. Щуліпенко. – К. : Медицина, 2008. – 303 с.

Віддруковано в ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс»
36039, м. Полтава, вул. Пушкіна, 103, к. 102

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єкта видавничої справи ПЛ №9 від 20.06.2001

Підписано до друку 28.12.2018 р.
Віддруковано 05.02.2018 р.
Формат 60х90/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 12,06. Наклад 300 прим.
Зам. № 453