

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА ОСТРОГРАДСЬКОГО



МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ЩОДО ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ РОБІТ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ОСНОВИ ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ ТА ІНВАЛІДАМИ»
ДЛЯ СТУДЕНТІВ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ
ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227 – «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»
ОПП – «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»
ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

КРЕМЕНЧУК 2020

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт з навчальної дисципліни «Основи догляду за хворими та інвалідами» для студентів денної форми навчання зі спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія» ОПІ – «Фізична терапія, ерготерапія» освітнього ступеня «Бакалавр»

Укладач к. б. н., доц. О. І. Антонова

Відповідальний за випуск доцент кафедри ЗЛФК Лошицька Т. І.

Підп. до др. _____. Формат 60×84 1/16. Папір тип. Друк ризографія.
Ум. друк. арк. _____. Наклад _____ прим. Зам. № _____. Безкоштовно.

Редакційно-видавничий відділ
Кременчуцького національного університету
імені Михайла Остроградського
вул. Першотравнева, 20, м. Кременчук, 39600

ЗМІСТ

Вступ	4
1 Перелік практичних робіт	5
Практична робота № 1 Догляд за хворими та інвалідами – найважливіший лікувальний фактор. Надання першої (долікарської) допомоги.....	5
Практична робота № 2 Особиста гігієна хворих	8
Практична робота № 3 Спостереження за хворими. Терморегуляція, вимірювання температури тіла. Діагностичне значення вимірювання температури тіла та інших показників	12
Практична робота № 4 Парентеральне введення лікарських речовин	16
Практична робота № 5 Спостереження і догляд за хворими із захворюваннями органів дихання	18
Практична робота № 6 Спостереження і догляд за хворими із захворюваннями серцево-судинної системи.....	21
Практична робота № 7 Спостереження і догляд за хворими з порушеннями системи травлення	23
Практична робота № 8 Спостереження і догляд за хворими з порушеннями системи сечовиділення	26
Практична робота № 9 Термінальний стан. Принципи і методи реанімації.....	28
2 Критерії оцінювання знань студентів.....	34
Список літератури	35

ВСТУП

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт можуть бути використані студентами денної форми навчання зі спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія» ОПП – «Фізична терапія, ерготерапія» для практичної підготовки до занять під час вивчення навчального курсу «Основи догляду за хворими та інвалідами».

Метою викладання навчальної дисципліни є навчання фахівця з фізичної терапії, ерготерапії знанням та практичним навичкам допомоги хворим та інвалідам з різноманітними захворюваннями; надати основні дані під час спостереження за травною, дихальною, серцево-судинною, сечовивідною системами організму.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен **знати:**

- поняття про внутрішньо-лікарняну інфекцію, інфекційну безпеку, інфекційний контроль;
- види і методи дезінфекції і стерилізації, їх характеристику;
- особливості спостереження і догляду за пацієнтами в гарячці, з порушеннями функції органів дихання, кровообігу, травлення, сечової системи;
- основи медичної етики і деонтології;

вміти:

- проводити санітарну обробку пацієнта;
- готувати дезінфікуючі розчини, користуватись ними;
- стерилізувати медичні інструменти;
- вимірювати температуру тіла, визначити пульс, артеріальний тиск, добовий діурез і водний баланс;
- проводити штучну вентиляцію легень, непрямий масаж серця;
- застосовувати лікарські засоби зовнішнім, ентеральним і парентеральним способами.

1 ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ РОБІТ

Практична робота № 1

Тема. Догляд за хворими та інвалідами – найважливіший лікувальний фактор. Надання першої (долікарської) допомоги

Мета роботи: вивчити догляд за хворими та інвалідами як комплекс заходів, що спрямовані на полегшення стану хворого і забезпечення успіху лікування; деонтологічні підходи до догляду за хворими. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

– знати особливості транспортування хворих з різними захворюваннями внутрішніх органів;

– уміти проводити діагностичні маніпуляції, спостереження за функціонуванням усіх органів та систем організму, надавати першу (долікарську) допомогу.

Короткі теоретичні відомості

Під доглядом за хворими в повсякденному житті розуміють надання хворому допомоги в задоволенні його потреб. До таких потреб відносять: їжу, пиття, умивання, рух, звільнення кишечника та сечового міхура. Крім того, догляд має на увазі створення хворому оптимальних умов перебування в стаціонарі або вдома – тиші, зручного та чистого ліжка, свіжої натільної та постільної білизни і так далі. Отже, під доглядом слід розуміти: створення та підтримка санітарно-гігієнічних умов у палаті та вдома; пристрій зручного ліжка та утримання його в чистоті; надання йому допомоги під час туалету, прийому їжі, фізіологічних і хворобливих відправлень організму; виконання лікарських призначень; організацію дозвілля хворого; підтримка у хворого бадьорого настрою. Догляд за хворим це і цілодобове спостереження за ним. Про всі відмічені зміни медичний персонал повідомляє лікаря, що допомагає йому скласти правильне уявлення про стан хворого та правильно вести

лікування. Своєчасне розпізнавання хвороби, хороший догляд і призначення правильного лікування забезпечують хворому одужання. Вирішальна роль у забезпеченні правильного догляду за хворими відводиться середньому та молодшому медичному персоналу. На молодший медичний персонал (молодші медичні сестри, санітарки-буфетники, санітарки-прибиральниці) безпосередньо лягає відповідальність за підтримку чистоти в палатах, коридорах, місцях загального користування та інших приміщеннях, їх регулярне вологе прибирання. Санітарки надають медсестрам допомогу в годуванні тяжкохворих, зміні у них натільної та постільної білизни, подачі, прибиранні та митті суден і сечоприймачів, проведенні санітарної обробки, супроводжують хворих на різні дослідження, забезпечують доставку аналізів в лабораторію. Для транспортування хворих у міру можливості використовують роботу санітарів-чоловіків.

Медична деонтологія (від греч. *deon*, *deontos* – борг, належне; *logos* – учення) є наукою про професійний обов'язок медичних працівників. До медичної деонтології примикає і медична етика, що вивчає морально-етичні аспекти медицини. Проблеми, якими займається медична деонтологія, різноманітні. Медична деонтологія охоплює різні питання, що стосуються відносин між медичним працівником і хворим, родичами хворого, медичних працівників між собою. Багато областей медицини (хірургія, акушерство та гінекологія, педіатрія, онкологія, психіатрія та ін.) мають, крім того, свої власні деонтологічні аспекти. Деонтологічні проблеми виникають у результаті широкого впровадження результатів науково-технічного прогресу в медицину. Є і деякі аспекти деонтології, тісно пов'язані з організацією правильного догляду за хворими. У повсякденній роботі та під час здійснення догляду за хворими такі людські якості, як чуйність, доброта, щирість, турбота, увага повинні мати всі медичні працівники – і медсестра, і санітарка або студент, що проходить медичну практику в лікарні. Медичний персонал нерідко має справу з дуже важкими хворими з вираженими порушеннями рухових

функцій, нетриманням сечі та калу, яким доводиться по кілька разів у день міняти білизну і проводити санітарно-гігієнічну обробку, яких доводиться годувати з ложечки. Догляд за такими хворими вимагає величезного терпіння, такту та співчуття. Здійснення догляду за хворими, окрім надання допомоги та виконання тих чи інших маніпуляцій, припускає правову регуляцію діяльності медичних працівників, чітку регламентацію їх посадових обов'язків, певні етичні норми та правила поведінки.

Спосіб транспортування хворого у відділення зазвичай визначає лікар, що оглядає його. Вибір способу транспортування в деяких випадках має дуже велике значення тому, що скільки захворювань, травм стільки і особливостей транспортування. Наприклад, навіть мінімальна рухова активність хворого з внутрішньою кровотечею або з гострою стадією інфаркту міокарду може серйозно погіршити їх стан. Хворі, що знаходяться в задовільному стані, прямують у відділення пішки у супроводі медичної сестри або санітарки. Ослаблених хворих, інвалідів, пацієнтів літнього і старечого віку часто перевозять на спеціальному кріслі-каталці, уникаючи при цьому різких поштовхів і ривків. Тяжкохворих транспортують на каталці або переносять на носилках. Носилки з хворим можуть нести два або чотири людини, причому вони йдуть не в ногу, короткими кроками. Під час підймання по сходах хворого несуть головою вперед, під час спускання – ногами вперед, підводячи в обох випадках ножний кінець носилок. Для полегшення перенесення ноші використовують спеціальні санітарні лямки.

Перенесення хворого на руках і його перекидання можуть здійснювати одна, дві або три людини. Якщо хворого переносить одна людина, то однією рукою він обхватує грудну клітку пацієнта на рівні лопаток, а іншу руку підводить під його стегна, при цьому пацієнт у свою чергу обхватує того, що несе за шию. Перекидаючи хворого з носилок на ліжко носилки краще розташовувати під прямим кутом до ліжка, щоб ножний кінець носилок був ближчий до головного кінця ліжка, піднявши хворого, його підносять

впівоберта до ліжка та укладають на ліжко. Якщо таке розташування носилок по будь-яких причинах виявляється неможливим, то носилки ставлять паралельно, персонал при цьому знаходиться між носилками та ліжком послідовно, або, в крайньому випадку, впритул до нього. Перед перекладанням хворого обов'язково перевіряють готовність ліжка, наявність необхідних предметів відходу. На сьогодні використовують спеціальні пристосування, що дозволяють полегшити перенесення та перекладання хворих.

Завдання до теми

1. Скласти комплекс заходів, що спрямовані на полегшення стану хворого з захворюванням серцево-судинної системи.
2. Описати дії під час перенесення хворого на руках і його перекладання в ліжко.
3. Надати характеристику різним способам транспортування хворих у відділення, зробити висновки.

Контрольні питання

1. Догляд за хворими та інвалідами – найважливіший лікувальний фактор.
2. Комплекс заходів, що спрямовані на полегшення стану хворого і забезпечення успіху лікування.
3. Деонтологічні підходи до догляду за хворими.
4. Транспортування хворих. Транспортабельні і нетранспортабельні хворі.
5. Правила перенесення хворих на ношах.
6. Правила перекладання хворого з кушетки на ноші або каталку.
7. Правила перекладання хворого з нош (каталки) у ліжко.
8. Особливості транспортування хворих з різними захворюваннями внутрішніх органів.

Література: [1; 2].

Практична робота № 2

Тема. Особиста гігієна хворих

Мета роботи: вивчити положення хворого в ліжку: активне, пасивне,

вимушене положення; навчитися виконувати процедури догляду за шкірою, ротовою порожниною, очима, вухами, волоссям тяжкохворих. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

- знати всі процедури особистої гігієни хворих, різні зміни положення хворого;

- уміти проводити щоденний загальний масаж з подальшою обробкою шкіри спиртовмісними розчинами для профілактики пролежнів.

Короткі теоретичні відомості

Положення хворого в ліжку. Деякі захворювання вимагають різних змін положення хворого. Так, у задовільному стані пацієнти активні, вони легко і вільно здійснюють ті чи інші рухи. У разі неможливості активних рухів хворих (при несвідомому стані, різкій слабкості та ін.) говорять про пасивне положення хворого. Деякі захворювання вимагають вимушеного положення, яке пацієнти повинні приймати для зменшення хворобливих відчуттів. Прикладом вимушеного положення може служити так зване ортопное – сидяче положення хворого зі спущеними вниз ногами. Його приймають хворі з недостатністю кровообігу, бронхіальною астмою і застоєм крові в малому колі кровообігу. У положенні ортопное відбувається перерозподіл крові з депонуванням її у венах нижніх кінцівок, унаслідок чого зменшується застій крові в судинах легенів і слабшає задишка. Більшість важких форм патології супроводиться типовими для них вимушеними положеннями тіла хворого. Положення хворого не завжди збігається з призначеним хворому руховим режимом – строгим постільним (хворому не дозволяється навіть повертатися), постільним (можна повертатися в ліжку, не покидаючи його), напівпостільним (можна вставати) і загальним (без істотного обмеження рухової активності). Наприклад, хворі в першу добу (особливо з 4 по 9 добу від початку виникнення болю) інфаркту міокарду повинні дотримувати строгий постільний режим навіть у разі їх активного положення. А неприємність, що призводить до короткочасного пасивного положення

пацієнта, зовсім не вказує на подальше обмеження рухового режиму. Необхідність створення тяжкохворому зручного положення в ліжку обумовлює ряд вимог до пристрою ліжка. Для цього краще всього підходить так зване функціональне ліжка, головний і ножний кінець якого можна за необхідності перевести в потрібне положення – підняти або опустити. У деяких випадках для надавання хворому зручного положення користуються підголовниками, додатковими подушками, валиками, підставками для упору ніг. Хворим з пошкодженнями хребта під матрац підкладають твердий щит. Дитячі ліжка, а також ліжка для неспокійних хворих обладнують бічними сітками. Ліжка в палатах встановлюють так, щоб до них легко можна було підійти з будь-якого боку.

Догляд за порожниною рота. Догляд за порожниною рота серед правил особистої гігієни займає важливе місце. Під час багатьох важких захворювань, зокрема, що супроводяться лихоманкою, відбувається значне ослаблення опірності організму, унаслідок чого в порожнині рота можуть розмножуватися мікроби, що існують там і в нормальних умовах. Це призводить до розвитку різних уражень зубів (пульпіту, періодонтиту, пародонтозу), ясен (гінгівіту), слизової оболонки (стоматиту), появи тріщин у кутах рота і сухості губ. Для попередження цих явищ хворі повинні регулярно, не рідше ніж 2 рази на день чистити зуби та полоскати рот після кожного прийому їжі.

Важкохворим промивають порожнину рота з 0,5 % розчином гідрокарбонату натрію, ізотонічним розчином хлориду натрію, слабким розчином перманганату калія. Промивання найчастіше здійснюють за допомогою шприца Жане або гумового балончика. При цьому, щоб рідина не потрапила в дихальні шляхи, хворому надають напівсидяче положення з дещо нахиленою вперед головою або ж повертають голову набік, якщо хворий лежить і прикладають до нижньої щелепи почкообразний лоток. Для зрошування порожнини рота використовують антисептичний «спрей» або

спеціальну насадку – розпилювач. Протирання порожнини рота проводять за допомогою марлевої кульки, змоченої антисептичними (перекис водню, йодовмісний, риванол) розчинами.

Догляд за очима. Догляд за очима здійснюють за наявності виділень, що склеюють вій і повіки, які з'являються зазвичай у разі запалення слизової оболонки повік (кон'юнктивіт) та інших захворюваннях очей. У таких випадках використовують два способи – протирання повік і промивання кон'юнктивних порожнин. Протирання проводять за допомогою ватного тампона, змоченого 2 % розчином борної кислоти, (у домашніх умовах – теплою розчином свіжої чайної заварки), спочатку розм'якшують і видаляють скориночки, що утворилися, а потім промивають кон'юнктивну порожнину теплою кип'яченою водою або стерильним фізіологічним розчином повареної солі. Промивання очей проводять за допомогою спеціальної скляної судини (очної ванни). Для закладання очної мазі нижню повіку відтягують вологим тампоном, після чого широким кінцем невеликої стерильної пластмасової або скляної очної палички по зовнішньому краю у напрямку назовні наносять очну мазь. За вітчизняною технологією закапування очних крапель відбувається в положенні сидячи, нижню повіку відтягують вологим тампоном, після чого піпеткою випускають 1–2 теплих стерильних очних краплі на слизову оболонку нижнього повіка в зовнішні кути очей, надлишки крапель і сльози промокають стерильною ватною кулькою з внутрішніх кутів очей. Західно-європейська технологія закапування крапель в очі передбачає індивідуальний підбір складу очних крапель для кожного пацієнта, після чого краплі закапувають у положенні лежачи на спині із закиненою головою відтягнувши верхню повіку у верхні кон'юнктивні мішки, у зовнішні кути очей. Традиційно застосовують тільки теплі стерильні очні краплі.

Завдання до теми

1. Записати та охарактеризувати п'ять способів профілактики пролежнів.

2. Визначити послідовність дій під час виконання процедури обробки очей.
3. Технологія промивання порожнини носа.

Контрольні питання

1. Особиста гігієна хворих.
2. Зміна постільної та натільної білизни тяжкохворим.
3. Догляд за шкірою в тяжкохворих. Основні функції шкіри. Значення утримання шкіри в гігієнічному стані, особливо під час захворювань.
4. Причини виникнення пролежнів. Ознаки пролежнів. Профілактика пролежнів.
5. Догляд за очима. Показання до обробки очей.
6. Догляд за вухами. Значення туалету зовнішніх слухових проходів.
7. Догляд за волоссям. Санітарна обробка хворих із педикульозом.

Література: [4; 11].

Практична робота № 3

Тема. Спостереження за хворими. Терморегуляція, вимірювання температури тіла. Діагностичне значення вимірювання температури тіла та інших показників

Мета роботи: ознайомитися з лихоманкою та її видами, доглядом за хворими з гарячкою. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

- знати типи гарячок залежно від денних коливань температури, стадії гарячки;
- уміти складати температурні листи для графічного зображення добових коливань температури.

Короткі теоретичні відомості

Теплоутворення в основному процес хімічний. Джерелами тепла є процеси окислення, тобто згорання вуглеводів, жирів і частково білків у клітинах і тканинах організму, насамперед в легенях і клітинах скелетних м'язів і печінки. Тепловіддача процес переважно фізичний. У спокійному

стані в результаті випромінювання з поверхні тіла організм втрачає близько 80 % тепла, за рахунок випаровування води в процесі дихання і потовиділення – близько 20 % і близько 1,5 % тепла втрачається з сечею та калом.

Догляд за хворими, що лихоманять, багато в чому визначається стадіями гарячкового періоду. Ці стадії добре простежуються протягом відносно короткого гарячкового періоду, наприклад у разі малярії, грипу, і значно гірше – протягом тривалого перебігу лихоманки. У першій стадії (*stadium incrementi*), яка є періодом наростання температури, визначається значне переважання теплопродукції над тепловіддачею (звужуються судини шкіри, зменшується потовиділення і так далі). Клінічно це виявляється виникненням м'язового тремтіння, ознобу, болів у м'язах, загальним нездужанням, головним болем, іноді зблідненням і ціанозом (синюшністю) кінцівок. У таких випадках хворого перш за все необхідно зігріти (укласти в ліжку та укрити додатковою ковдрою, обкласти грілками, напоїти «зігріваючими», вирішити питання про необхідність медикаментозної терапії, уважно стежити за станом різних органів і систем організму.

Друга стадія (*stadium fastigii*) є відносно стійким періодом збереження підвищеної температури і характеризується переважною рівновагою процесів теплопродукції і тепловіддачі. З припиненням підвищення температури значно слабшають озноб і м'язове тремтіння, зменшується та зникає спазм судин шкіри, блідість шкірних покривів змінюється гіперемією (почервонінням). У цей період можуть спостерігатися скарги на загальну слабкість, головний біль, відчуття жару, сухість у роті, можуть виникати серйозні порушення функцій серцево-судинної і дихальної систем: збільшення частоти пульсу (тахікардія), почастищення дихання (тахіпноє), іноді зниження артеріального тиску (артеріальна гіпотонія). У ряді випадків стан серцево-судинної системи (особливо у немолодих хворих) визначає прогноз захворювання. Тому завжди необхідно своєчасно вирішити питання про призначення відповідних

лікарських засобів (серцевих глікозидів, сульфокамфокаїна та ін.). У другій стадії лихоманки можуть спостерігатися виражені розлади з боку центральної нервової системи (порушення свідомості, головні болі, безсоння та ін.). У разі сильного головного болю на лоб хворого можна накласти холодний компрес або міхур з льодом. Щоб допомогти хворому можна застосовувати охолоджуючі примочки з оцетом (для дітей – 1 %, для дорослих – 8 %), обкласти льодом або снігом, використати кондиціонер чи вентилятор, напоїти кислими напоями (морс із журавлиною, лимонний сік, кисле молоко). За високої лихоманки у деяких хворих можливі марення та галюцинації, а у маленьких дітей – судоми. Такі порушення іноді спостерігаються у разі гострої пневмонії у хворих хронічним алкоголізмом як прояв білої лихоманки. У цих випадках необхідно постійно стежити за станом і поведінкою пацієнтів, аж до встановлення біля них індивідуального сестринського поста. Якщо походження лихоманки залишається неясним, то лікарські препарати зазвичай не призначають до з'ясування її причини. Проте в тих випадках, коли лихоманка супроводиться маренням або судомами, приводить до дегідратації організму та розвитку серцево-судинної недостатності, а також важко переноситься хворим, застосовують жарознижувальні засоби (анальгін, парацетамол, ацетилсаліцилова кислота), та використання літичних сумішей. Необхідні ретельний догляд за порожниною рота хворих, що лихоманяють, змазування тріщин, що з'являються в кутах рота та на губах вазеліновим маслом або гліцерином. Під час годування необхідно враховувати відсутність апетиту, тому доцільно призначати часте, дробове харчування та використовувати для годування періоди зниження температури. Ураховуючи наявність під час лихоманки явищ загальної інтоксикації, за відсутності протипоказань рекомендують рясне пиття – часте, невеликими глотками (компот, соки, морс, мінеральні води). Унаслідок закріпів, що виникають унаслідок вимушеного перебування в ліжку та прийому легкозасвоюваної їжі, слід своєчасно призначити хворому послаблюючі або

очисні клізми. Оскільки хворі часто знаходяться на строгому постільному режимі, їм подають судно та сечоприймач. У разі тривалого перебування пацієнтів у ліжку проводять обов'язкову профілактику пролежнів.

Третя стадія лихоманки – стадія зниження температури (*stadium decrementi*) характеризується значним переважанням тепловіддачі над теплопродукцією унаслідок розширення периферичних кровоносних судин, значного збільшення потовиділення. Повільне зниження температури, яке відбувається протягом декількох днів, називають лізисом (від греч. *lysis* – розчинення). Швидке, часто протягом 5–8 годин, зниження температури з високих цифр (39–42°C) до нормальних або навіть субнормальних значень називається кризою (від греч. *krisis* – переломний момент). Криза трапляється за різних важких інфекційних захворювань. Унаслідок різкої перебудови механізмів регуляції серцево-судинної системи криза може спричинити небезпеку розвитку колаптоїдного стану – гостру судинну недостатність, яка проявляється різкою слабкістю, рясним потовиділенням, блідістю та ціанозом шкірних покривів, зниженням артеріального тиску, почастишенням пульсу та зниженням його наповнення аж до ниткоподібного. Критичне зниження температури тіла вимагає від медичних працівників вживання енергійних заходів: уведення препаратів, збуджуючих дихальний і судинно-руховий центри (кордіамін, кофеїн, камфора), сприяючих посиленню серцевих скорочень і підвищенню артеріального тиску (адреналін, норадреналін, мезатон, серцеві глікозиди, кортико-стероїдні гормони та ін.). Хворого обкладають грілками, зігрівають, дають йому міцний гарячий чай і каву, своєчасно міняють натільну та постільну білизну.

Дотримання всіх вимог догляду за хворими, що лихоманяють, постійне спостереження за їх станом, перш за все за функціями органів дихання та кровообігу, дозволяють вчасно запобігти розвитку важких ускладнень і сприяють швидкому одужанню. Всі отримані дані заносять у температурний лист (історія хвороби), ведуть також контроль артеріального тиску, частоти

дихання та пульсу. Для цього виділяють відповідні шкали та графи, суміщені із шкалою температури, відзначають вагу хворого, добову кількість виділеної сечі (діурез), дані лабораторних досліджень.

Завдання до теми

1. Скласти температурні листи для графічного зображення добових коливань температури. Зробити висновок.
2. Скласти температурні листи із контролем артеріального тиску, частоти дихання і пульсу та відзначенням маси тіла хворого, добової кількості виділеної сечі (діурез), даних лабораторних досліджень.
3. Охарактеризувати особливості догляду за хворими, що лихоманять.

Контрольні питання

1. Технологія термометрії.
2. Діагностичне значення вимірювання температури тіла.
3. Ступені підвищення температури тіла.
4. Особливості догляду за хворими в різні періоди лихоманки.
5. Охарактеризувати процеси теплоутворення та тепловіддачі.

Література: [10].

Практична робота № 4

Тема. Парентеральне введення лікарських речовин

Мета роботи: вивчити парентеральне введення лікарських речовин, ускладнення під час ін'єкцій, надання допомоги. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

- знати технології набирання ліків з ампул і флаконів, підготовку ампул і набирання ліків у шприц, підготовка флаконів і набирання ліків у шприц;
- уміти виконувати внутрішньошкірні ін'єкції, внутрішньом'язове введення ліків.

Короткі теоретичні відомості

Парентеральне введення ліків є однією з дуже важливих технологій лікування хворих, особливо для виконання швидкої та невідкладної допомоги, також для взяття матеріалів до лабораторних досліджень. Існує декілька різних методик виконання будь-яких із ін'єкцій. З урахуванням цього, передбачається розподіл методик парентерального введення на: навчальні методики; людські методики; тваринні методики.

Для внутрішньошкірної ін'єкції спочатку виконують обробку шкіри спиртом, розтягують шкіру, а потім вводять голку у типові місця (№ 1 – навколо пупка, № 2 – зовнішня верхня третя шкіри плеча, № 3 – скрізь, де є шкіра); після обробки шкіри спиртом голку вводять під кутом 30° , без підігріву ліків і без анестезії (мікровідлежання).

Для внутрішньом'язової ін'єкції у типові місця (верхній, зовнішній квадрат сідниць) після традиційної обробки шкіри спиртом з розтягуванням шкіри голку вводять під кутом 90° на глибину 4–5 см для дорослих, для дітей – під кутом 45° на глибину 3 см.

Внутрішньовенні ін'єкції найчастіше проводять за допомогою венепункції (уведення голки у вену), рідше – із застосуванням веносекції (розтин просвіту вени). Внутрішньовенні ін'єкції є відповідальнішими маніпуляціями, ніж підшкірні і внутрішньом'язові, їх виконують зазвичай лікар або спеціально навчена медична сестра, оскільки концентрація лікарських речовин у крові після внутрішньовенного введення наростає значно швидше, ніж після застосування інших способів введення лікарських засобів. Помилки під час проведення внутрішньовенних ін'єкцій можуть мати найсерйозніші наслідки. Після витягнення голки та вторинної обробки шкірних покривів спиртом місце ін'єкції притискають стерильним ватним тампоном, або накладають на нього на 1–2 хв тиснучу пов'язку. Внутрішньовенні вливання застосовують для введення в організм хворого великої кількості різних розчинів (3–5 л і більше), вони є основним способом так званої інфузійної терапії.

Під час проведення ін'єкцій можуть виникнути різні ускладнення. Багато з них пов'язані з технічними погрішностями під час виконання вказаних маніпуляцій. Ускладненням є введення або попадання лікарського препарату не в те середовище, у яке проводилася ін'єкція. Так, проникнення деяких лікарських засобів, призначених тільки для внутрішньовенного введення (наприклад, хлориду кальцію) в підшкірний жировий шар, може спричинити його некроз. Повітряна емболія виникає іноді у разі попадання в кровеносне русло бульбашок повітря. Якщо не дотримуються правил асептики та антисептики, унаслідок травматизації тканин тупими голками, використання дуже холодних розчинів, особливо масляних, на місці ін'єкцій з'являються ущільнення (інфільтрати).

Дуже серйозною алергічною реакцією, що виникає на тлі лікарської терапії, є анафілактичний шок, який часто розвивається раптово і характеризується різким зниженням артеріального тиску, спазмом бронхів і втратою свідомості. Якщо своєчасно не прийняти заходи, протягом декількох хвилин анафілактичний шок може закінчитися смертю хворого.

Завдання до теми

1. Записати дії виконання скарифікаційної та внутрішньошкірної діагностичної проби на індивідуальну чутливість організму до антибіотика.
2. На муляжах виконати внутрішньошкірну, внутрішньом'язову та внутрішньовенну ін'єкції.
3. Підготувати ампули і флакони для набирання ліків у шприц. Набрати підготовлені ліки у шприц.

Контрольні питання

1. Охарактеризувати ускладнення під час виконання венепункції та вливань.
2. Парентеральне введення лікарських речовин.
3. Методика внутрішньом'язової ін'єкції.
4. Надання допомоги у разі анафілактичного шоку.

Література: [2; 8].

Практична робота № 5

Тема. Спостереження і догляд за хворими із захворюванням органів дихання

Мета роботи: вивчити догляд за хворими у разі задишки, задухи, кашлю та з болями у грудній клітці. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

– знати грудний, черевний, змішаний типи дихання, частоту дихання; підрахування числа дихальних рухів, порушенням ритму дихальних рухів: дихання Грокка, дихання Біотта, дихання Чейна-Стокса;

– уміти надавати першу допомогу у разі легеневої кровотечі або сильного кровохаркання.

Короткі теоретичні відомості

Зазвичай догляд за хворими із захворюваннями органів дихання включає низку загальних заходів, що проводяться при багатьох захворюваннях інших органів і систем організму. Так, у разі крупозної пневмонії необхідно строго дотримуватися всіх правил і вимог догляду за хворими, що лихоманять (регулярне вимірювання температури тіла і ведення температурного листа, спостереження за станом серцево-судинної та центральної нервової систем, догляд за порожниною рота, подача судна та сечоприймача, своєчасна зміна натільної і постільної білизни). У разі тривалого перебування хворого в ліжку особливу увагу приділяють ретельному догляду за шкірними покривами та профілактиці пролежнів. Догляд за хворими із захворюваннями органів дихання припускає виконання цілої низки додаткових заходів, пов'язаних з наявністю кашлю, кровохаркання, задишки та інших симптомів.

Частота дихальних рухів у дорослої людини в середньому 14–20 за хв. Зміна її залежить від багатьох причин: від віку – у новонароджених вона складає 40–55 дихань за хв, у дітей 1–2 роки – 30–40; від статі – у жінок на 2–4 дихання за хв більше, ніж у чоловіків; від положення тіла – у лежачому

положенні відбувається 14–16 дихань за хв, в сидячому – 16–18, у стоячому – 18–20. Фізична напруга, їжа, підвищення температури тіла, нервові збудження роблять частішим дихання. У спортсменів у спокої частота дихань може бути 6–8 за хв. Спостереження за дихальними рухами грудної клітки у хворих дає можливість визначити різні відхилення: зміна частоти, ритму, глибини дихальних рухів, зміна типу дихання. Ці спостереження допомагають діагностиці, виконати їх можуть медичні сестри. Дихальні рухи підраховують так, щоб хворий не відмітив цього. Якщо хворий знає, що за його диханням стежать, він може мимоволі змінити кількість, ритм і характер дихальних рухів. Медична сестра веде графічний запис кількості дихань за хвилину у температурному листі. Зазвичай криву дихання креслять синім олівцем на відміну від чорної кривої температури.

Задишкою називають розлад частоти, ритму та глибини дихання. Задухою називається напад задишки. Задишка з порушенням ритму дихальних рухів: хвилеподібне дихання Грока; дихання з періодичним коливанням глибини дихальних рухів (інсульт, порушення мозкового кровообігу, інтоксикація); Біотівське дихання – правильне чергування глибоких дихальних рухів і пауз (апноє). Спостерігається під час енцефаломенінгітів, нейротоксикозів, агонії; Чейн-Стоксове дихання – правильне чергування періодів дихання з підвищенням і зниженням частоти та глибини дихання з паузами. Спостерігається у хворих із захворюваннями мозку, у разі важких розладів кровообігу, ком і отруєнь наркотиками; дуже економне, глибоке дихання Кусмауля з кількістю дихань 6–8 за 1 хв (усі важкі форми ком).

Завдання до теми

1. Скласти перелік діагностичних засобів, які вживають для обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
2. Скласти таблицю загальних показників зовнішнього дихання підлітків (в абс. показниках).
3. Виконати пробу Штанге (затримка дихання на вдиху), пробу Генча

(затримка дихання на видиху). Усі визначені результати за пробами Штанге та Генча записати у протокол дослідження та порівняти з нормативними. Скласти послідовність дій щодо надання першої допомоги у разі харчових отруєнь та занести до протоколу.

Контрольні питання

1. Аспекти дослідження функції зовнішнього дихання.
2. Умови нормального механізму вдиху та видиху.
3. Надати характеристику порушень ритму дихальних рухів.
4. Перша допомога у разі легеневої кровотечі або сильного кровохаркання.
4. Догляд за хворими з болями у грудній клітці.

Література: [5; 6].

Практична робота № 6

Тема. Спостереження і догляд за хворими із захворюванням серцево-судинної системи

Мета роботи: вивчити спостереження і догляд за хворими із захворюваннями серцево-судинної системи, надання першої допомоги у разі гострої серцевої недостатності. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

- знати характеристику симптомів, які зустрічаються під час серцево-судинних захворювань;
- уміти вимірювати артеріальний тиск, надавати першу допомогу у разі гіпертонічного кризу та зомління.

Короткі теоретичні відомості

Ці захворювання є найбільш поширеною патологією внутрішніх органів і займають перше місце серед всіх причин смертності. Росте захворюваність гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця та іншими захворюваннями серцево-судинної системи, які нерідко призводять до передчасної інвалідності.

Зберігають своє значення порівняно прості методи дослідження (визначення пульсу, вимірювання артеріального тиску). У багатьох випадках вони дають цінні відомості про стан серцево-судинної системи.

Дослідження пульсу. Одним з важливих методів дослідження з метою діагностики та спостереження за станом хворого в процесі лікування, реанімації, інтенсивної терапії є пульсова діагностика. Вона суттєво доповнює загальну діагностику та дозволяє виконувати моніторинг хворих. Пульсом є ритмічне коливання артеріальної стінки, що викликається змінами тиску крові за кожної систоли. Пульсова діагностика багатогранна тому, що містить цілу низку окремих методик, наприклад: загальноприйнята та східна методики, апаратна методика – сфігмографія.

Загальноприйняте визначення стану здоров'я за пульсом базується на дослідженні пульсу на променевих артеріях на обох руках, за допомогою трьох пальців (вказівного, середнього, безіменного) з урахуванням семи основних характеристик.

1. Наявність або відсутність пульсу передбачає агонію, смерть, хворобу Такаясі, хворобу Рейно, облітеруючий ендартеріт.

2. Частота пульсу за хвилину у дорослого в стані спокою – 50–80, пульс менше 50 – брадісистолія, більш 90–100 – тахісистолія.

3. Ритм в нормі – розмірний, у разі патології аритмічний (екстрасистолія, пароксизмальна тахікардія, блимаюча аритмія, серцеві блокади).

4. Напруження пульсу визначає пружність стінки артерії, розподіляють: слабку, задовільну, добру, дуже добру напруженість пульсу.

5. Наповнення пульсу визначає наявність кровонаповнення артерії. Розрізняють: погане, задовільне, добре, залишкове наповнення пульсу.

6. Форми пульсу. Розрізняють: нормальну форму пульсової хвилі; високу форму, яка передбачає недостатність клапанів аорти, гарячку, гіпертіреоз, гіпертонічні кризи, відкритий Баталов протік; малий пульс

передбачає: зомління, колапс, шок, замерзання, вади зі стенозами аортального, мітрального, легеневого відділів серця, анемії, хронічні порушення кровообігу; парадоксальний пульс передбачає пухлини легенів, цироз легенів, перикардити.

7. Дефіцит пульсу визначає наявність блимаючої аритмії.

Завдання до теми

1. Навчитися вимірювати пульс. Записати результати свого пульсу, занести до протоколу дослідження і порівняти із нормативними показниками.

2. Навчитися вимірювати артеріальний тиск. Результати показників артеріального тиску занести до протоколу і порівняти із нормативними показниками.

Контрольні питання

1. Охарактеризувати варіанти передінвазивної, донозологічної діагностики серцево-судинних захворювань.

2. Характеристика методик пульсової діагностики.

3. Методики вимірювання артеріального тиску.

4. Характеристика серцево-судинних захворювань.

5. Особливості догляду за хворими із серцево-судинними патологіями.

6. Перша допомога у разі гіпертонічного кризу, зомління та гострої серцево-судинної недостатності.

Література: [7; 9].

Практична робота № 7

Тема. Спостереження і догляд за хворими з порушеннями системи травлення

Мета роботи: вивчити особливості спостереження і догляду за хворими з порушеннями системи травлення, причини гострої шлунково-кишкової кровотечі. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

– знати особливості догляду за хворими із захворюваннями кишківника;

– уміти надавати невідкладну допомогу у разі гострої шлунково-кишкової кровотечі.

Короткі теоретичні відомості

Дослідженням причин виникнення та прогресування захворювань органів травлення, способи їх діагностики та лікування вивчає розділ внутрішніх хвороб – гастроентерологія. Сьогодні хворі з різними захворюваннями травної системи, такими як виразкова хвороба і хронічний гастрит, холецистит і жовчнокам'яна хвороба, панкреатит, ентерит, коліт і ін., складають помітну частину пацієнтів терапевтичних, хірургічних відділень лікарень і амбулаторних хворих. Для діагностики цих захворювань часто використовуються методи, пов'язані з отриманням і подальшим аналізом вмісту шлунку та дванадцятипалої кишки (шлункове та дуоденальне зондування), рентгенологічні, ендоскопічні та ультразвукові способи дослідження. Можливості діагностики захворювань органів травлення розширюються завдяки вдосконаленню ендоскопічної техніки (телевізійна та люмінесцентна), рентгенологічних методів (комп'ютерній томографії), методів прижиттєвої біопсії органів травлення під контролем ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії. У всіх випадках перша допомога у багатьох невідкладних станах в гастроентерології багато в чому залежить від правильної оцінки основних симптомів захворювань органів травлення.

Шлунково-кишкове промивання. Шлункове зондування. Уведення зонда в шлунок застосовують як з діагностичними, так і з лікувальними цілями. За допомогою зондування можна отримати шлунковий вміст для дослідження, промити шлунок. Уведенням зонда користуються для відкачування шлункового вмісту у випадку гострого розширення (атонії) шлунку і високої кишкової непрохідності. Крім того, застосування шлункового зонда служить одним із способів штучного харчування. Промивають шлунок у разі отруєння, вживанні недоброякісної їжі, звуженні (стенозі) вихідного відділу шлунку, під час виділення через слизову оболонку шлунку різних токсичних речовин,

наприклад сечовини у разі хронічної ниркової недостатності. Протипоказаннями для промивання шлунку є органічні звуження стравоходу, гострі стравохідні і шлункові кровотечі, важкі хімічні опіки слизової оболонки глотки, стравоходу і шлунку міцними кислотами і лугами, порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарду.

Для промивання шлунку застосовують шлунковий зонд діаметром 10–13 мм, довжиною 1–1,5 м і воронку. Хворий сідає на стілець, дещо нахиливши вперед голову. На нього надягають фартух з клейонки, між його ніг ставлять таз або відро. У разі важкого або несвідомого стану хворого промивання шлунку проводять у положенні хворого лежачи. За наявності у хворого знімних протезів їх виймають. Лікар або медсестра стають з правого боку від хворого. Лівою рукою притримують шию хворого, а правою вводять товстий шлунковий зонд, змочений водою. Як тільки кінець зонда досягне кореня язика, хворого просять зробити декілька ковтальних рухів. Щоб подавити блювотний рефлекс, хворого просять глибоко та часто дихати носом. Зонд вводять до заздалегідь вимірної відстані між підборіддям та пупком хворого. Після введення зонда починають промивання за принципом сполучених судин: якщо воронку, наповнену водою, тримати вище за шлунок, то з неї в шлунок поступатиме вода, це перший етап промивання. Якщо опустити воронку нижче за рівень шлунку, то введена тільки що вода поступатиме назад у воронку. Це другий етап промивання. Спочатку воронку тримають на рівні колін хворого, наповнюють її промивною рідиною (кип'яченою водою, 2 % розчином гідрокарбонату натрію, ізотонічним розчином хлориду натрію) і піднімають вище за рівень рота хворого, розташовуючи воронку похило, щоб в шлунок не потрапило повітря. Коли верхній рівень рідини досягне виходу з воронки, її опускають вниз до первинного положення. При цьому у воронку почне назад поступати промивна рідина разом зі шлунковим вмістом. Як тільки воронка наповниться, її перевертають і спорожняють в таз. За необхідності перша порція промивних вод прямує в лабораторію (у разі підозри

на отруєння). Процедуру промивання повторюють до тих пір, поки отримувана назад із шлунку рідина не буде чистою, зазвичай необхідно близько 10 л промивної рідини. Після закінчення промивання воронку та зонд очищають і кип'ятять.

Завдання до теми

1. Визначити послідовність дій щодо підготовки хворих до рентгенологічних, ендоскопічних і ультразвукових методів дослідження органів травної системи. Заповнити таблицю та зробити висновки.

2. Заповнити протоколи надання першої допомоги під час шлунково-кишкової кровотечі, отруєння та захворювань групи «Гострий живіт».

Контрольні питання

1. Анатомо-фізіологічні особливості органів травлення. Секреторна, моторна, всмоктувальна, екскреторна функція травного тракту.

2. Основні ознаки захворювань травного каналу.

3. Гостра шлунково-кишкова кровотеча. Причини гострої шлунково-кишкової кровотечі.

4. Особливості догляду за хворими із захворюваннями кишківника.

5. Гострий живіт. Невідкладна допомога.

6. Процедура промивання шлунка.

Література: [3; 4].

Практична робота № 8

Тема. Спостереження і догляд за хворими з порушеннями системи сечовиділення

Мета роботи: вивчити спостереження і догляд за хворими з порушенням системи сечовиділення; анатомо-фізіологічні особливості системи сечовиділення. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

- знати основні симптоми захворювань сечової системи;
- уміти надавати невідкладну допомогу у разі ниркової коліки.

Короткі теоретичні відомості

Основна функція нирок – секреція сечі. Майже всі речовини, що входять до складу сечі, доставляються кров'ю, окрім аміаку та деяких інших, що утворюються в самих нирках. Велике значення має участь нирок у регуляції осмотичної та кислотно-лужної рівноваги шляхом зміни концентрації сечі та її кислотності. Регуляція роботи нирок здійснюється складним нейрогуморальним шляхом. Нирки мають свій нейрогуморальний апарат, їх діяльність регулюється вегетативною нервовою системою. У регуляції діяльності нирок своїм антидіуретичним гормоном бере участь гіпофіз. Вища регуляція функцій нирок здійснюється корою головного мозку. Нормальний добовий діурез в середньому рівний 1,5 л (від 1000 мл до 1800 мл). Збільшення діурезу – поліурія – може бути за надмірного споживання рідини, підвищення осмотичного тиску крові унаслідок збільшеного вмісту в ній цукру (цукровий діабет), у разі порушення реабсорбції води в канальцях унаслідок недоліку антидіуретичного гормону гіпофіза (нецукровий діабет), у разі зниження концентраційної здатності нирок у випадках хронічного нефриту. Стійке зменшення діурезу (менше 500 мл) – олігурія – і повна відсутність сечі – анурія – можуть наступити як наслідок захворювання самих нирок (гострий нефрит, сулемова нирка), так і під час зневоднення організму, у разі закупорки сечоводів каменем або сдавленні їх пухлиною, у разі порушення кровообігу та рефлекторно. Анурія може виникнути унаслідок закупорки ниркових канальців, балії та сечоводів солями сульфаніламідних препаратів, якщо лікування цими препаратами не супроводилося рясним (лужним) питтям. У нормі спорожнення сечового міхура відбувається в середньому 5–6 разів на добу порціями сечі, відповідними ємкості сечового міхура – 200–300 мл. Почастішання сечовипускання – поллакіурія – часто поєднується з поліурією, у цьому випадку почастішання позивів пов'язане з наповненням сечового міхура.

Поллакіурія у поєднанні з хворобливим і утрудненим сечовипусканням – дизурією – буває у разі запалення або при каменях в сечовому міхурі

унаслідок подразнення слизової оболонки. У цих випадках сеча часто виходить малими порціями. Колір сечі різний залежно від концентрації її і наявних домішок. У разі поліурії сеча має солом'яно-жовтий колір, олігурії – темно-коричневий, гематурії (кров у сечі) набуває кольору м'ясних помий, при жовтяниці – колір пива. Деякі ліки, що виділяються з сечею, можуть забарвити її в різні кольори: сантонін в зелено-жовтий, метиленова синь в синій і так далі. Помутніння сечі може бути пов'язане з домішками гною та солей. Питома вага сечі (відношення ваги 1 л сечі до ваги 1 л води) здорової людини коливається в значних межах (1002–1030) залежно від кількості рідини, що потрапила в організм, і позаниркових втрат рідини з потом, проносом та ін. Зазвичай, чим більше виділяється сечі, тим нижче її питома вага. Виняток становить цукровий діабет, за якого поліурія поєднується з високою питомою вагою пропорційно кількості цукру в сечі. Постійне виділення сечі однаково низької питомої ваги (ізогіпостенурія), що наближається до питомої ваги плазми крові (1010), є основною ознакою недостатності концентраційної функції нирок.

Завдання до теми

1. Охарактеризувати методи дослідження сечі, визначити їх роль у діагностиці захворювань нирок. Зробити висновки. Результати роботи оформити протоколом.
2. Скласти протокол надання невідкладної допомоги під час ниркової коліки.

Контрольні питання

1. Спостереження і догляд за хворими з порушеннями системи сечовиділення.
2. Анатомо-фізіологічні особливості системи сечовиділення. Два етапи в процесі утворення сечі.
3. Основні симптоми захворювань сечової системи.

4. Збирання сечі для лабораторних досліджень. Загальний аналіз сечі і оцінка отриманих даних.

5. Невідкладна допомога під час ниркової коліки.

6. Заходи профілактики інфекції сечових шляхів тяжкохворих.

Література: [7; 10].

Практична робота № 9

Тема. Термінальний стан. Принципи і методи реанімації

Мета роботи: вивчити поняття термінальний стан, принципи і методи реанімації, догляд за важкохворими та вмираючими. У результаті виконання практичної роботи студенти повинні:

– знати непрямий (закритий) масаж серця, техніку проведення непрямого масажу серця;

– уміти проводити штучну вентиляцію легень «рот до рота» та «рот до носа».

Короткі теоретичні відомості

Розділом клінічної медицини, що вивчає різні аспекти оживлення організму і розробляє методи лікування та профілактики термінальних станів, є реаніматологія. Реанімація це застосування комплексу різних заходів для відновлення життєдіяльності організму. Реанімаційні заходи виконують для хворих з різними захворюваннями і станами: раптовим припиненням серцевої діяльності (у разі гострого інфаркту міокарду, електротравми та ін.), гострою зупинкою дихання (у разі закриття трахеї чужорідним тілом та ін.), отруєнням організму різними отрутами, важкими травмами, крововтратою, вираженими порушеннями кислотно-лужного стану організму, гострою нирковою і печінковою недостатністю і так далі. Реанімаційні заходи не виконують в тих ситуаціях, коли з моменту клінічної смерті проходить більше 8 хв, якщо є пошкодження життєво-важливих органів, насамперед головного мозку, необоротного характеру, якщо вичерпані всі компенсаторні резерви організму

(наприклад, в останній стадії злоякісних пухлин, що протікають із загальним виснаженням).

Найбільш ефективні реанімаційні заходи в тих випадках, коли їх проводять у спеціалізованих відділеннях, оснащених необхідною апаратурою. Існують реанімаційні відділення трьох типів: відділення реанімації загального профілю, відділення післяопераційної інтенсивної терапії та спеціалізовані відділення реанімації. Реанімаційні відділення загального профілю організовуються у великих лікарнях, вони призначені для проведення реанімаційних заходів у хворих з різними захворюваннями і станами: травматичним шоком, масивною крововтратою, гострою серцево-судинною і дихальною недостатністю. Післяопераційні відділення реанімації та інтенсивної терапії розгортають у великих хірургічних стаціонарах для спостереження та лікування хворих (зазвичай протягом декількох діб), що перенесли операцію під наркозом. Спеціалізовані центри та відділення реанімації створюються для хворих з певними захворюваннями. Так, у токсикологічних центрах концентруються хворі з отруєннями різними отрутами. У відділення та центри кардіореанімації потрапляють хворі з гострим інфарктом міокарду, важкими порушеннями серцевого ритму. Лікування хворих з нирковою недостатністю проводять у реанімаційних центрах, що мають умови для проведення гемодіалізу. Зазвичай, відділення реанімації розташовуються недалеко від приймального відділення, щоб доставка хворих була максимально швидкою. У відділеннях організовують спеціальні палати для первинного огляду хворих, «шочкові» палати («реанімаційні зали») для проведення екстрених реанімаційних заходів і виведення хворих із важкого стану, палати для подальшого лікування та спостереження за хворими. Реанімаційні відділення оснащують необхідним діагностичним і лікувальним устаткуванням: системою для постійного (моніторного) спостереження за найважливішими функціями органів дихання і кровообігу, електрокардіографами, спірографами, пересувним рентгенівським апаратом,

апаратами для штучного дихання і наркозу, дефібриляторами, кардіостимуляторами, бронхоскопами і так далі. Зазвичай, сучасні відділення реанімації мають можливості для проведення гемодіалізу (очищення крові від різних токсичних речовин за допомогою виборчої дифузії), гемосорбції (видалення токсинів із крові за допомогою сорбентів).

У кожній палаті мають бути індивідуальні столики медичної сестри зі стерильними шприцами, голками, системами для краплинного введення лікарських засобів, медикаментами для надання екстреної допомоги у разі раптових ускладнень (серцеві глікозиди, адреналін та ін.). У відділеннях реанімації потрібне проведення різних лабораторних досліджень, тому передбачається зв'язок таких відділень з експреслабораторіями, що виконують аналізи у будь-який час доби з використанням консолідованих систем лабораторного аналізу зі створенням систем експрес-аналізу та скринінговий (моніторний) аналіз, що виконується сучасними автоматизованими комплексами. Окрім клінічних досліджень крові та визначення рівня загального білка, креатиніну, сечовини, глюкози, протромбіну, деяких ферментів, експрес-діагностика у відділеннях реанімації припускає дослідження газового складу крові, кислотно-лужного стану, балансу електролітів крові та сечі. У відділеннях реанімації робота медичного персоналу є достатньо важкою та дуже відповідальною.

Лікарі-реаніматологи цілодобово приймають хворих, проводять екстрені реанімаційні заходи, оглядають всіх хворих протягом доби багато разів, роблять докладні записи в історіях хвороби та спеціальних, реанімаційних листах призначень, консультують хворих в інших відділеннях. Медичні сестри, що працюють у відділеннях реанімації, повинні не тільки вести постійне спостереження за станом хворих, але і виконувати велику кількість різних призначень – ін'єкцій, краплинних вливань та ін., допомагати лікареві в проведенні багатьох маніпуляцій, а у ряді випадків і самим починати проводити реанімаційні заходи (штучне дихання, непрямий масаж серця), фіксувати

результати спостережень за хворими (частоту дихання та пульсу, рівень артеріального тиску, діурез та ін.) у спеціальні карти. Оскільки хворі у відділеннях реанімації знаходяться у важкому (часто несвідомому) стані, велике місце в організації догляду за ними займає їх транспортування, зміна натільної та постільної білизни, догляд за шкірними покривами, годування (деколи парентеральне, зондове). Отже середній медичний персонал, що працює у відділеннях реанімації, має бути не тільки досвідченим і кваліфікованим, він повинен відрізнятися значною фізичною витривалістю, мати психологічну підготовку, зважаючи на відносну високу смертність у таких відділеннях.

Догляд за вмираючими. Під смертю розуміють необоротне припинення життєдіяльності організму. Питання, пов'язані з вивченням механізмів процесу вмирання, а також клінічних, біохімічних і морфологічних змін, що виникають при цьому в організмі, складають предмет – танатологія. Як основні причини смерті можуть виступати, наприклад, важкі, несумісні з життям пошкодження тих чи інших органів, масивна крововтрата, крововиливи, захоплюючі найважливіші центри головного мозку, ракова інтоксикація і т. д. Безпосередніми причинами смерті під час різних захворювань найчастіше бувають серцева або дихальна недостатність. Стани між життям і смертю, носять назву термінальних. До такого стану відноситься і процес вмирання, що поступово захоплює всі органи та системи організму і включає декілька стадій.

1. Преагональний період виникає у вигляді важкої гіпоксії (кисневого голодування) внутрішніх органів і характеризується поступовим пригнібленням свідомості, прогресуючими розладами дихання і кровообігу (зниження артеріального тиску, почастищення серцевих скорочень, зниження частоти дихання та ін.). Вираженість і тривалість преагонального періоду можуть бути різними. Наприклад, у разі раптової зупинки серця (унаслідок важких порушень серцевого ритму у хворих з гострим інфарктом міокарду)

преагональний період майже відсутній, тоді як за поступового вмирання під час багатьох хронічних захворювань він може продовжуватися протягом декількох годин. Преагональний період закінчується виникненням термінальної паузи (короткочасне припинення дихання), що продовжується від 5–10 с до 3–4 хв і що змінюється агональним періодом (агонією).

2. Агонія характеризується короткочасною активізацією механізмів, направлених на підтримку процесів життєдіяльності. Спочатку за рахунок розгальмування підкіркових центрів виникають деяке підвищення артеріального тиску, збільшення частоти серцевих скорочень, іноді навіть нетривале (до декількох хвилин) відновлення свідомості. Поліпшення стану, як здається, потім знов швидко змінюється різким зниженням артеріального тиску (до 10–20 мм рт. ст.), зниженням ритму серцевих скорочень (до 20–40 за хвилину), глибокими розладами дихання з рідкісними, короткими та глибокими дихальними рухами, втратою свідомості. Разом з цим зникає больова чутливість, втрачаються сухожилльні та шкірні рефлекси, рефлекси рогівок, спостерігаються загальні тонічні судоми, відбуваються мимовільне сечовипускання та дефекація, знижується температура тіла.

Клінічна смерть є оборотним етапом вмирання, за якого зникають зовнішні прояви життєдіяльності організму (дихання, серцеві скорочення), проте не відбувається ще необоротних змін в органах і тканинах. Зазвичай тривалість цього періоду складає 5–6 хв. У ці терміни за допомогою реанімаційних заходів можливе повне відновлення життєдіяльності організму. За відсутністю реанімаційних заходів в тканинах (перш за все в клітинах кори головного мозку) виникають необоротні зміни, визначаючи вже стан біологічної смерті, за якої повного відновлення функцій різних органів досягти не вдається. На тривалість періоду клінічної смерті впливає спосіб вмирання, його тривалість, вік померлого, температура тіла під час вмирання. Наприклад, за допомогою глибокої штучної гіпотермії (зниження температури тіла людини до 8–12°C) можна продовжити стан клінічної

смерті 1–1,5 год. Настання біологічної смерті встановлюється за відсутності дихання та серцевої діяльності, на підставі появи достовірних ознак біологічної смерті: зниження температури тіла нижче 20° С через 2–4 години після зупинки серця, трупних плям (виникають унаслідок скупчення крові в розташованих нижче ділянках тіла), розвитку трупного «окостеніння» (ущільнення м'язової тканини).

Завдання до теми

1. Навчитися проводити непрямий (закритий) масаж серця. Записати ускладнення, які можуть виникнути під час проведення непрямого масажу серця.

2. Навчитися проводити штучну вентиляцію легень «рот до рота» та «рот до носа». Записати послідовність дій під час проведення процедури.

Контрольні питання

1. Охарактеризувати основні реанімаційні заходи.
2. Непрямий (закритий) масаж серця. Техніка проведення непрямого масажу серця.
3. Принципи і методи реанімації. Догляд за важкохворими та вмираючими.
4. Біологічна смерть. Правила поводження з трупом.

Література: [11].

2 КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Шкала оцінок		
Оцінка за національною шкалою (екзамен)	Проміжок за накопичувальною бальною шкалою	Оцінка ECTS
Зараховано	90–100	A відмінно
	82–89	B дуже добре
	74–81	C добре
	64–73	D задовільно
	60–63	E достатньо
Не зараховано	35–59	FX незадовільно (дозволяється перескладання, але не більш ніж на E)
	1–34	F неприйнятно (повторне вивчення навчальної дисципліни)
Вид контролю		Максимальний бал
Відвідування практичних занять		10
Контрольні тести		10 (детальний розподіл балів здійснюється в робочій навчальній програмі)
Активність студента на практичних заняттях		10 (детальний розподіл балів здійснюється в робочій навчальній програмі)
Усього		30

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / За заг. керівництвом І. Я. Губенко. Черкаси, 2007. 44 с.
2. Касевич Н. М. Основи медсестринства в модулях: навч. посіб. К.: Медицина, 2009. 150 с.
3. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник. К.: Медицина, 2008. 424 с.
4. Касевич Н. М. Практикум із сестринської справи: навч. посіб. К.: Здоров'я, 2005. 464 с.
5. Ковальова О. М. Догляд за хворими: підручник. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 487 с.
6. Лісовий В. М., Основи медсестринства: підручник. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 560 с.
7. Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посіб. / І. Я. Губенко, О. Т. Шевченко, Л. П. Бразалій, В. Г. Апшай. К.: Медицина, 2008. 304 с.
8. Савка Л. С. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. К.: Медицина, 2009. 480 с.
9. Соколова Н. Новый справочник медицинской сестры. Ростов/Д: Феникс, 2001.
10. Левченко В. А., Внутрішні хвороби. Львів: Світ, 1994. 236 с.
11. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими. К.: Здоров'я, 1993. 176 с.

Методичні вказівки щодо виконання практичних робіт з навчальної дисципліни «Основи догляду за хворими та інвалідами» для студентів денної форми навчання зі спеціальності 227 – «Фізична терапія, ерготерапія» ОПІ – «Фізична терапія, ерготерапія» освітнього ступеня «Бакалавр»

Укладач к. б. н., доц. О. І. Антонова

Відповідальний за випуск доцент кафедри ЗЛФК Лошицька Т. І.

Підп. до др. _____. Формат 60×84 1/16. Папір тип. Друк ризографія.
Ум. друк. арк. _____. Наклад _____ прим. Зам. № _____. Безкоштовно.

Редакційно-видавничий відділ
Кременчуцького національного університету
імені Михайла Остроградського
вул. Першотравнева, 20, м. Кременчук, 39600