

**ІНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ
ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

Галузь знань:	22 Охорона здоров'я
Спеціальність:	223 Медсестринство
Освітньо-професійна програма:	Сестринська справа
Освітньо-професійний ступінь:	Фаховий молодший бакалавр
Мова викладання:	Українська

Підготував викладач: **Шулла М.І.**

Розглянуто та схвалено на засіданні
циклової комісії

клінічних дисциплін

Протокол № _____ від "____" _____ 20__р.

Голова _____ Марія ШУЛЛА

Практичне заняття №1

Тема заняття: Вступ. Сімейна медицина в Україні. Загальні принципи організації роботи сімейної медичної сестри на дільниці

Результати компетентнісного навчання:

➤ Фахові компетенції:

❖ Знання: - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ Застосування знань – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використовувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

- Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Неси професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

1. Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

2. Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Надання ПСМД населенню за сімейним принципом має свої переваги й передбачає систему підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я, відтак і сімейної медичної сестри.

Кожна медсестра має знати основні напрями діяльності сімейних медиків й основні проблеми сімейної медицини в Україні. Сімейна медсестра як помічник сімейного лікаря проводить на дільниці велику роботу. Від її професіоналізму та відповідальності значною мірою залежить вирішення проблеми зміцнення здоров'я населення України, відтак вона має знати загальні принципи організації своєї роботи на дільниці, нормативні документи.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Структура поліклініки, (амбулаторії, відділення) сімейної медицини, її функції,

медичний персонал.

2. Функціональні обов'язки сімейної м/с на робочому місці;

3. Дотримання техніки безпеки, охорони праці при роботі в денному стаціонарі;

4. Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі із сімейним лікарем як його помічника:

встановлення по черговості прийому пацієнтів залежно від стану їхнього здоров'я, віку.

5. Ведення медичної і медсестринської документації. Підготовка даних для складання

статистичного звіту.

6. Підготовка пацієнта до проведення лабораторно – інструментальних обстежень,

виконання діагностичних і лікувальних призначень сімейного лікаря.

7. Організація та ведення домашнього стаціонару, догляд за пацієнтом при конкретних

проблемах відповідно до етапів м/с процесу, навчання членів родини навичкам догляду

за пацієнтом в домашніх умовах.

8. Надання НДМД в домашніх умовах у випадку критичних станів. Сумка сімейного

лікаря і сімейної сестри.

9. Клінічні протоколи надання НДМД хворим при критичних станах.

Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини – лікувально-профілактичний

заклад, що забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів щодо запобігання і

зниження захворюваності, інвалідності та смертності, раннього виявлення захворювань,

надання населенню кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги і здійснює

диспансеризацію та моніторинг стану здоров'я населення.

Функції відділення загальної практики – сімейної медицини:

- забезпечення невідкладної допомоги в умовах поліклініки, вдома;
- направлення хворих до стаціонару;
- профілактика захворювань, травм, отруєнь;
- зниження інвалідності, смертності;
- проведення диспансеризації;
- організація санітарно-протиепідемічних заходів;
- санітарно-просвітня робота;
- ведення обліково-звітної документації;
- консультивання населення з медико-соціальних, психологічних питань, питань планування сім'ї, тощо.

Сімейна медсестра – це перший помічник лікаря у сімейній медицині. На посаду сімейної

медсестри призначають фельдшера або медсестру, яка закінчила вищий навчальний заклад I-

IV рівнів акредитації, курси за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» і має відповідне посвідчення.

Основні показники роботи дільниці сімейної медицини

1. Показники захворюваності:

кількість уперше виявлених захворювань у цьому році

$X = \text{середньорічна кількість населення} \cdot 100$

2. Показник хворобливості:

кількість захворювань у населення за рік

$X = \text{середньорічна кількість населення} \cdot 100$

Демографічні показники:

1. Загальний показник народжуваності - кількість народжених за рік на 1000 осіб:

кількість народжених живими

$X = \text{середньорічна кількість населення} \cdot 1000$

2. Середньорічна кількість населення

кількість населення на 01.01 + кількість населення на 31.12

$X = 2$

3. Загальний показник смертності – частота смертей за рік на 1000 населення:

кількість померлих протягом року

$X = \text{середньорічна кількість населення} \cdot 1000$

4. Дитяча смертність – частота смертей дітей першого року життя на 1000 народження:

кількість померлих у віці 0-12 міс

$X = \frac{1}{3} \text{ народжених у минулому році} + \frac{2}{3} \text{ народилося у цьому році (живі)} \cdot 1000$

5. Приріст населення – різниця показників народжуваності та смертності.

6. Середня тривалість життя в Україні для жінок – 73 роки, чоловіків – 62 роки.

У Японії – на 10 років більше, у Франції – на 7.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Переваги сімейного принципу надання медичної допомоги населенню.
2. Основні принципи та моделі функціонування сімейної медицини.
3. Вказати основні напрями діяльності сімейних медиків, нормативні документи із сімейної медицини.
4. Назвати функції й структуру поліклініки (лабораторії, відділення) сімейної медицини.
5. Вказати функціональні обов'язки сімейної медсестри на робочому місці для надання НМД вдома.
6. Медична та медсестринська документація сімейної медсестри.
7. Укомплектування сумки сімейного лікаря і сімейної медсестри для надання НДМ вдома.
8. Організація та ведення домашнього стаціонару. Комунікація між сімейною медсестрою, пацієнтом і його родиною, навчання членів родини навичкам догляду за пацієнтом у домашніх умовах, особливості догляду за ВІЛ-інфікованими, вмираючими.
9. Профілі, форми домашнього стаціонару. Денний стаціонар.
10. Основні показники роботи на дільниці сімейної медицини.
11. Медична етика та субординація.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Медична деонтологія вивчає:

А) ятрогенні захворювання

Б) принципи взаємин медичних працівників між собою

В) права пацієнтів

Г) взаємини з родичами пацієнтів

Д) принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на підвищення ефективності

лікування хворих

2. Ятрогенії – це:

А) інфекційні захворювання

Б) психічні захворювання

В) занурення хворого у хворобу

Г) захворювання, спричинені неправильними діями медичних працівників

Д) негативний вплив на пацієнта хворих, які оточують його

3. Субординація – це:

А) негативний вплив на пацієнта медичних працівників

Б) доброзичливість і взаємоповага в колективі

В) підпорядкування нижчих посадових осіб вищим

Г) повага до особистості пацієнта

Д) взаємини в колективі

4. Евтаназія в Україні:

А) заборонена

Б) дозволена

В) кожен медичний працівник вирішує питання самостійно

Г) дозволена для безнадійних хворих

Д) дозволена в разі згоди родичів

5. В яких випадках професійну таємницю можна порушувати:

А) загроза поширення інфекції

Б) є запит прокурора

В) батькам 14-річної хворої дитини повідомили про діагноз

Г) повідомили діагноз хворого з вогнепальним пораненням у міліцію

Д) в усіх перелічених вище випадках

6. Ненадання медичної допомоги – це:

А) адміністративне порушення

- Б) цивільна провина
- В) дисциплінарне порушення
- Г) злочин

7. Функції відділення загальної практики – сімейної медицини:

- А) невідкладна допомога
- Б) диспансеризація хворих
- В) санітарно-просвітня робота
- Г) організація протиепідемічних заходів
- Д) усе, перелічене вище

8. Сімейна медсестра обслуговує:

- А) дітей
- Б) підлітків
- В) вагітних
- Г) осіб похилого і старечого віку
- Д) усі перелічені вище категорії пацієнтів

9. Хворих, які потребують госпіталізації за відсутності показань для постійного лікарського

спостереження, необхідно направити:

- А) на амбулаторний прийом
- Б) до денного стаціонару
- В) до лікувально профілактичного закладу
- Г) до стаціонару вдома
- Д) до санаторію

10. Стаціонар удома організують для:

- А) осіб похилого і старечого віку
- Б) дітей першого року життя
- В) осіб, яким показане стаціонарне лікування, але немає потреб в госпіталізації
- Г) осіб, які потребують госпіталізації за відсутності показань до постійного лікарського

спостерігання

Д) осіб, які потребують госпіталізації

11. Облікова документація закладу сімейної медицини використовується для:

А) складання звітів про діяльність закладів сімейної медицини

Б) призначення лікування пацієнтам

В) реєстрації відвідувань сімейного лікаря

Г) направлення хворих на госпіталізацію

Д) усього переліченого вище

12. Для моніторингу діяльності закладів сімейної медицини використовують такі показники:

А) кадровий склад закладу

Б) ресурсне забезпечення закладу сімейної медицини

В) кількість прикріпленого населення

Г) кількість уперше виявлених випадків туберкульозу, онкологічних захворювань

Д) усі перелічені вище

13. До демографічних показників належать:

А) показник захворюваності

Б) показник хворобливості

В) показник охоплення диспансерним спостеріганням

Г) показник активності сімейного лікаря

Д) загальний показник народжуваності

14. Приріст населення – це:

А) кількість захворювань на рік

Б) кількість народжених за рік

В) різниця показників народжуваності та смертності

Г) частота смертей дітей першого року життя

Д) середня тривалість життя

15. Здоров'я, за визначенням ВООЗ – це:

- А) відсутність хвороби
- Б) збереження соціальних функцій людини
- В) можливість нормально жити і працювати
- Г) стан фізичного, духовного і соціального благополуччя
- Д) резерв життєвих сил організму людини

16. «Здоров'я – відсутність органічних порушень в організмі. Тіло і розум людини – окремі

складники». Ці підходи демонструють таку модель здоров'я:

- А) релігійну
- Б) гуманістичну
- В) біомедичну
- Г) психосоматичну
- Д) екзистенціальну

17. Валеологія вивчає:

- А) причини виникнення захворювань
- Б) методи лікування захворювань
- В) механізми відновлення порушеного здоров'я
- Г) види профілактики захворювань
- Д) механізми підтримки і збереження здоров'я

18. Для оцінювання суспільного здоров'я застосовують:

- А) демографічні показники
- Б) показники фізичного розвитку населення
- В) показники захворюваності, інвалідності
- Г) усе, перелічене вище
- Д) усе, перелічене вище – неправильно

19. До внутрішніх чинників ризику належать:

- А) тютюнопаління, вживання алкоголю
- Б) адинамія, гіподинамія
- В) неміцність родин, самотність

Г) забруднення води і повітря канцерогенами

Д) схильність до спадкових захворювань

20. При захворюваннях нирок пацієнтові рекомендується дієта:

А) No 1

Б) No 5

В) No7

Г) No 10

Д) No 15

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Медсестра веде прийом з лікарем на дільниці сімейної медицини. У черзі на прийом очікують хворі:

- мати з 6-місячною дитиною (прийшла для контролю маси тіла дитини);
- пацієнтка, 30-ти років, з'явилась за викликом, перебуває на диспансерному обліку з діагнозом «виразкова хвороба»;
- пацієнт, 62 роки, який хворіє на гіпертонічну хворобу (скаржиться на підвищений АТ ДО 200/100 мм рт ст, вимірював самостійно).
- Чи належить сімейній медсестрі взяти участь у регулюванні черги?
- Поясніть свою відповідь.

2. Жінка, 35 років, на профогляді скарг не має. Фізкультурою не займається, харчується не завжди раціонально. Зріст-164 см, маса тіла 72 кг. Внутрішні органи без змін.

- Оцініть стан здоров'я.
- Ваші рекомендації пацієнтці.

3. Чоловік, 37 років, проходить профілактичний огляд. Скарг не має. Маса тіла 82 кг, зріст- 175 см, АТ-150/95 мм рт.ст. Межі серця не змінені. Палить 2 пачки цигарок на день. У матері – гіпертонічна хвороба. Батько рік тому помер від інсульту.

- Оцініть стан здоров'я пацієнта.
- Чи є в нього чинники ризику здоров'я?
- Ваші рекомендації пацієнтові.

4. У регіоні А: показник народжуваності – 32,6, смертність – 26,0, кількість пологів – 18 481,

абортів – 15 711.

У регіоні В: показник народжуваності – 17,5, смертності – 30,1, кількість пологів – 18 162,

абортів – 33 561.

- Оцініть суспільне здоров'я регіонів А і В.

5. До сімейної медсестри звернулась жінка, у чоловіка якої виявлено рак легенів. Хворий у

газеті прочитав про цілительку, яка виліковує хворих на рак IV стадії. Пацієнт хоче

відмовитись від операції, запропонованої онкологом і звернутися за допомогою до цілительки.

- Яку пораду дасть сімейна медсестра?

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Особливості догляду за ВІЛ-інфікованими, вмираючими.

Виявити проблеми ВІЛ-інфікованих та вмираючих пацієнтів, скласти план догляду та опіки

над пацієнтом та навчання членів родини та осіб, що доглядають, навичкам догляду за

пацієнтом у домашніх умовах. Розробити план психологічної підтримки вмираючого

пацієнта та його родини.

Практичне заняття №2

Тема заняття: Профілактика – основа сімейної медицини

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах

фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

3. Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

4. Методи контролю:

- індивідуальне опитування;

- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Прагнення бути здоровим – притаманне кожній людині. Але для того щоб бути здоровим,

слід вести здоровий спосіб життя. Це починається із здоров'я майбутньої матері, коли вона

очікує дитину, із здоров'я в дитинстві і юності. Профілактика захворювань – це найбільш

ефективний шлях до досягнення мети – бути здоровим. Участь сімейної медсестри в

проведенні профілактики через диспансеризацію як її основу є значною.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Проведення патронажних візитів до пацієнтів різного віку.
2. Проведення антропометрії дорослого населення оцінювання стану здоров'я.
3. Диспансеризація дитячого та дорослого населення, визначення «Д» груп.
4. Участь сімейної м/с в організації, та проведення «Д» населення, та проведення Д пацієнтів з відхиленням у стані здоров'я.
5. Участь сімейної м/с у ранньому виявленні туберкульозу та онкопатології
6. Організація роботи з геріатричними пацієнтами, патронажні візити до них, диспансеризація геріатричних пацієнтів, виконання всіх етапів м/с процесу над геріатричними пацієнтами, догляд за тяжкохворими та вмираючими пацієнтами.
7. Ведення затвердженої медичної документації, визначення статистичних показників «Ефективність диспансеризації», «Ефективність профілактики».

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Патронажні візити, участь у них сімейної медсестри.

2. Диспансеризація населення дільниці сімейної медицини. Види. Участь сімейної

медсестри в її проведенні.

3. Визначення статистичних показників «ефективність диспансеризації», «ефективність

профілактики», якість диспансеризації.

4. Раціональне харчування дорослої людини. Лікувальні дієти.

5. Роль сім'ї у формуванні здорового способу життя.

7. Чинники ризику виникнення захворювань, їх виявлення.

8. Медико-соціальні аспекти планування сім'ї.

9. Роль сім'ї у формуванні здорового способу життя.

10. Профілактика онкопатології, туберкульозу, участь сімейної медсестри в її проведенні.

11. Організація профілактичної роботи з пацієнтами похилого віку.

Диспансеризація

геріатричного пацієнта; участь сімейної медсестри в її проведенні (надання рекомендацій).

12. Вікові зміни органів і систем у процесі старіння.

13. Проблеми пацієнтів похилого та старечого віку, множинність патологій.

14. Догляд за тяжкохворими і вмираючими пацієнтами похилого (старечого) віку вдома.

Психотерапія. Навчання членів родини догляду.

Профілактика – це дії спрямовані на зменшення ймовірності виникнення захворювання,

на переривання або сповільнення його прогресування, дії проти зниження працездатності.

Первинна профілактика охоплює проведення діагностики, консультування зі здорового

способу життя і запобігання виникненню захворювань. Профілактика передбачає заходи щодо

зміцнення здоров'я, навчає людей контролювати і поліпшувати свій стан.

Вторинна профілактика націлена на ослаблення патологічного процесу, що з'явився в організмі.

Важливі розділи профілактичної роботи на дільниці сімейної медицини – проведення

санітарно-протиепідемічної роботи, профілактичні огляди всіх вікових груп, диспансеризація

населення дільниці сімейної медицини.

Диспансеризація – це активний метод динамічного спостереження різних категорій

пацієнтів:

- здорових осіб, об'єднаних загальними фізіологічними особливостями або умовами праці;
- хворих із хронічними захворюваннями;
- осіб після деяких перенесених гострих захворювань;
- осіб, які мають чинники ризику.

Головна мета диспансеризації – зміцнення і збереження здоров'я населення, збільшення

тривалості їх життя методом систематичного спостереження стану їхнього здоров'я, вивчення

й оздоровлення умов праці і побуту, широкого проведення комплексу соціально-економічних,

санітарно-гігієнічних, профілактичних і лікувальних заходів.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Первинна профілактика – це:

- а) комплекс заходів щодо запобігання виникненню захворювань;
- б) заходи щодо запобігання загостренням хронічних захворювань;
- в) активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів;
- г) усе перераховане правильно;
- д) усе неправильно.

2. Диспансеризація – це:

- а) комплекс заходів щодо запобігання виникненню захворювань;
- б) заходи щодо запобігання загострення хронічних захворювань;
- в) активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів;
- г) усе перераховане правильно;
- в) усе неправильно.

3. Мамографію призначають усім жінкам віком понад:

- а) 16 років;
- б) 20 років;
- в) 25 років;
- г) 35 років;
- д) 45 років.

4. За підозри на пухлину шлунка необхідно призначити:

- а) рентгеноскопія шлунка;
- б) фіброгастроскопію;
- в) колоноскопію;
- г) іригоскопію;
- д) шлункове зондування.

5. Самообстеження грудних залоз необхідно проводити:

- а) 1 раз на 1 місяць;
- б) 1 раз на 3 місяці;
- в) 1 раз на півроку;
- г) 1 раз на 2 роки;
- д) щодня.

6. Підготовка хворого до фіброгастроскопії включає:

- а) промивання шлунка;
- б) очисну клізму;
- в) прихід зранку натще;
- г) усе, перелічене вище;

д) усе неправильно.

7. Для збирання мокротиння хворого на туберкульоз кишенькову плювальницю заповнюють

на одну чверь:

а) 1% розчином хлораміну;

б) 3% розчином хлораміну;

в) 5% розчином хлораміну;

г) сухим хлорним вапном;

д) перевареною водою.

8. Пробу Манту оцінюють через:

а) 20-30 хв;

б) 1 годину;

в) 24 години;

г) 48 годин;

д) 72 години.

9. Пробу Манту (папулу 6 мм) вважають:

а) негативною;

б) сумнівною;

в) позитивною;

г) гіперергічною.

10. Специфічна профілактика туберкульозу включає:

а) проведення проби Манту;

б) вакцинацію і ревакцинацію БЦЖ;

в) санітарно-просвітню роботу в осередку туберкульозу;

г) подвірні обходи;

д) флюорографічне обстеження населення.

11. Пацієнтові 76 років. Відповідно до класифікації ВООЗ – це:

а) середній вік

б) похилий вік

- в) старий
- г) старечий вік
- д) довгожитель

12. Кількість прожитих людиною років – це:

- а) календарний вік
- б) біологічний вік
- в) трудовий вік
- г) тривалість життя
- д) все неправильно

13. Якщо біологічний вік випереджає календарний, це означає:

- а) відбувається передчасне старіння
- б) іде природне старіння
- в) іде уповільнене старіння
- г) старіння не відбувається
- д) усе перелічене правильно

14. Які зміни органів травлення з'являються після 60 років:

- а) атрофія слинних залоз
- б) пригнічення секреції шлунка
- в) атрофується підшлункова залоза
- г) знижується тонус жовчного міхура
- д) усе перелічене вище

15. Рекомендації щодо харчування осіб похилого віку включають:

- а) зменшити споживання тваринних жирів
- б) вживати червоне м'ясо
- в) виключити птицю, рибу
- г) заборонити часник, цибулю, каву
- д) вершкове масло замінити на маргарин

16. Етіологічні чинники психосоматичних захворювань:

- а) фізичні і хімічні

- б) бактеріальні
- в) психологічні
- г) психологічні і фізичні
- д) шкідливі звички

17. Пацієнт страждає на хронічне захворювання нирок. Крім цього, зауважує дратівливість,

стомлюваність, зниження активності, емоційну лабільність. Подібна реакція особистості на

хворобу називається:

- а) неврозоподібною
- б) астеничною
- в) іпохондричною
- г) депресивною
- д) анозогнозичною

18. Іпохондричний тип реакції на хворобу характеризують такі симптоми:

- а) дратівлива слабкість
- б) туга, відчуття тривоги
- в) занурення у хворобу
- г) легковажне зневажання симптомів хвороби
- д) усе неправильно

19. До методів психотерапії належать:

- а) аутогенне тренування
- б) арт-терапія
- в) гіпноз
- г) раціональна психотерапія
- д) усе, перелічене вище

20. Функції родини

- а) біологічна
- б) психологічна

в) економічна

г) виховна

д) усі, перелічені вище

21. Головна функція II періоду розвитку родини

а) народження і виховання дітей

б) адаптація до сімейного життя

в) установлення соціальних зв'язків поза родиною

г) нагромадження засобів у родині

д) потреба у повазі дітей та онуків

22. Рекомендації сімейної медсестри дружині для зняття напруги у родині:

а) залучити подругу для розв'язання сімейного конфлікту

б) попросити маму поговорити з чоловіком для вирішення конфлікту

в) поговорити одне з одним без образ і з'ясувати причину конфлікту

г) вимагати від чоловіка вибачень

д) пожити тиждень окремо

23. Подружній алкоголізм сприяє:

а) погіршенню здоров'я чоловіка та жінки

б) появі сексуальної дисгармонії

в) небажанню мати дітей

г) розвитку психосоматичних і невротичних розладів у дітей

д) усьому, переліченому вище

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. До сімейної медсестри за порадою звернулась жінка С., 50 років. Її чоловік перебуває на

лікуванні в протитуберкульозному диспансері, є активним бактеріовиділювачем. Дочка

повинна виписатись з пологового будинку, де народила доношеного здорового хлопчика

масою 3700 г. У жінки виникли питання: чи можна маляті провести щеплення вакциною

БЦЖ? Чи може новонароджений онук контактувати з дідом?

2. Сімейний лікар після проведення клінічного обстеження й оцінювання результатів

додаткових методів обстеження діагностував у хворого виразкову хворобу шлунка. Після

цього, дав завдання сімейній медсестрі заповнити документи на диспансерного хворого.

Які дії сімейної медсестри?

3. Хвора, 72 роки лікується в денному стаціонарі з приводу стенокардії. У неї відзначаються

зниження зору і слуху. Медсестра принесла ліки і пояснила, як їх вживати. Хвора

переплутала ліки, частина їх упала на підлогу. Оцініть дії медсестри.

4. На прийомі пацієнтка, 62 роки скаржиться сімейній медсестрі, що погано спить, удень

почуває себе втомленою, розбитою. Говорить, що і грубку ввечері натопить і ковдру пухову

купила, і зарядку робить, а сон не йде. Дайте рекомендації пацієнтці.

5. Пацієнт К., 65 років страждає на гіпертонічну хворобу. Для зміцнення здоров'я вирішив

зайнятися бігом. Просить поради у сімейної медсестри.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Ведучі проблеми геріатричних пацієнтів. Скласти план м/с втручань.

Практичне заняття №3

Тема заняття: Особливості спостереження за дітьми раннього віку в сімейній медицині

Результати компетентнісного навчання:

➤ Фахові компетенції:

❖ Знання: - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ Застосування знань – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ Аналіз – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.

- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.
- ❖ **Синтез** – здатність студента:
- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

- ❖ **Оцінювання** – здатність студента:
- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

- ❖ **Загальні компетенції:**
- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

5. Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

6. Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.
-

Сімейна медсестра відіграє значну роль в захисті, збереження здоров'я нації.
Вирішення

проблем зміцнення здоров'я населення починається із здоров'я майбутньої матері, немовлят,

дітей раннього віку. Важливим напрямом діяльності сімейної медсестри на дільниці є

протиепідемічна робота. Актуальність визначається досить великою, вагомою часткою

інфекційної патології. Актуальним для України є значне збільшення частоти інфекційних

захворювань, тенденція до більш важкого перебігу.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Проведення патронажних візитів до новонароджених і немовлят:

а) Оцінювання фізичного і психомоторного розвитку;

б) Вигодовування дітей 1-го року життя, грудне вигодовування, види меню залежно від віку.

2. Профілактичні заходи щодо рахіту, анемії, дистрофії у немовлят:

а) Антинатальна та постнатальна неспецифічна та специфічна профілактика рахіту.

Групи рахіту:

б) Спостереження за дітьми з частими і довготривалими захворюваннями.

3. Дитяча смертність, роль сімейної м/с в профілактиці і зниженні показників дитячої смертності.

4. Актуальність проблеми здоров'я немовлят на сучасному етапі та відповідальність

сімейних медиків за здоров'я дітей раннього віку.

5. Робота в кабінеті інфекційних захворювань:

а) Обстеження пацієнтів при конкретному інфекційному захворюванні

(м/с обстеження, виявлення проблем, планування м/с втручань, реалізація їх)

б) Підготовка пацієнта і взяття біоматеріалу для лабораторних досліджень (сеча на

біокультуру, бак посів калу, блювотних мас, мазків із носоглотки на BL)

в) Ведення документації екстрені повідомлення у випадку інфекційних та особливо

небезпечних інфекцій.

6. Організація та ведення домашнього стаціонару для дітей з гострим тонзилітом і

організація мед сестринського процесу.

7. Імунопрофілактика, вакцинація з ревакцинацією, планування щеплень. Санітарно-

освітня робота.

8. Правила техніки безпеки та охорони праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтові.

Сімейна медична сестра разом з лікарем розпочинають активний патронаж дітей з

антенатального періоду – в останні місяці вагітності. Дитяча поліклініка отримує відомості

про вагітних від працівників жіночої консультації.

Сімейна медична сестра має усвідомлювати, що здоров'я дитини великою мірою залежить

від здоров'я батьків, побуту, різних чинників та умов життя, перебігу вагітності. Тому

патронаж має велике значення для здоров'я майбутньої дитини.

У комплексі заходів охорони здоров'я дітей велике значення має профілактика, як анте-

так і постнатальна. Заходи щодо охорони здоров'я вагітної жінки і майбутньої дитини повинні

здійснюватися спільними зусиллями акушерів-гінекологів і педіатрів.

Сімейна медсестра як помічник сімейного лікаря проводить на дільниці велику роботу. Від

її професіоналізму та відповідальності значною мірою залежить вирішення проблеми здоров'я

населення України. Во має добре знати синдроми та симптоми інфекційних захворювань,

досконало володіти навиками протиепідемічної роботи на дільниці та в осередку інфекції.

Знати порядок заповнення обов'язкових документів при виявленні інфекційного

захворювання. Діяльність сімейної медсестри щодо локалізації інфекції дуже важлива.

Наказ МОЗ України No149 від 20.03.2008, No177 від 03.04.2008 р.

No Вік дитини Проводить Місце проведення

1 Не пізніше, ніж на другий день після
виписки із пологового будинку (стаціонару)

Лікар Вдома

2 Через день після огляду лікарем Медсестра Вдома

3 2 тижня Лікар Вдома

4 3 тижні Медсестра Вдома

5 1 місяць Лікар В амбулаторних умовах, а
саме в дитячій поліклініці

6 2 місяці Лікар В дитячій поліклініці

7 3 місяці Лікар В дитячій поліклініці

8 4 місяці Лікар В дитячій поліклініці

9 5 місяців Лікар В дитячій поліклініці

10 6 місяців Лікар В дитячій поліклініці

11 7 місяців Медсестра В дитячій поліклініці

12 8 місяців Медсестра В дитячій поліклініці

13 9 місяців Лікар В дитячій поліклініці

14 10 місяців Медсестра В дитячій поліклініці

15 11 місяців Медсестра В дитячій поліклініці

16 12 місяців Лікар В дитячій поліклініці

17 18 місяців Лікар В дитячій поліклініці

18 24 місяці Лікар В дитячій поліклініці

19 36 місяців Лікар В дитячій поліклініці

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Проведення патронажних візитів до вагітних, новонароджених і немовлят:

а) оцінювання стану здоров'я;

б) оцінювання фізичного, психомоторного розвитку;

в) гігієнічне виховання;

г) вигодовування немовлят, пропаганда грудного вигодовування, складання меню

залежно від виду вигодовування, віку.

2. Профілактика рахіту, анемії, дистрофії на дільниці сімейної медицини:

а) антенатальна та постнатальна, неспецифічна і специфічна профілактика рахіту;

б) особливості спостереження за немовлятами, які часто хворіють. Групи ризику.

3. Роль сімейної медсестри в профілактиці захворювань немовлят і зниженні показників

дитячої смертності.

4. Протиепідемічна робота на дільниці, участь сімейної медсестри в її проведенні.

5. Обмежувальні заходи при грипі, дитячих інфекціях.

6. Організація, проведення імунізації населення дільниці сімейної медицини.

7. Лихоманка. Визначення. Основні причини. Класифікація лихоманки за висотою

температури, тривалістю, характером температурної кривої.

8. Інфекційні захворювання – основна причина лихоманки. Вікові аспекти проблем пацієнта при лихоманці.

9. Лихоманка у новонародженого, немовляти.

10. Гіпертермічний синдром, фебрильні судоми. Участь сімейної медсестри у попередженні.
11. Методи лабораторних та інструментальних обстежень пацієнта з лихоманкою, участь сімейної медсестри в їх проведенні.
12. Тактика сімейної медсестри у вирішенні проблем пацієнта з лихоманкою.
13. Невідкладна долікарська медична допомога при гіпертермічному синдромі, фебрильних судомах.
14. Біль у горлі, найчастіші причини.
15. Гострий тонзиліт, хронічний тонзиліт, профілактика. Особливості догляду за пацієнтом з гострим тонзилітом в домашніх умовах.
16. Дифтерія, епідеміологія. Основні причини виникнення. Чинники ризику, вікові аспекти проблем пацієнта. Обстеження пацієнта, участь сімейної медсестри в його проведенні.
17. Схема повідомлення та протиепідемічні заходи при дифтерії. Особливості роботи з контактними. Правила виписки в колектив.
18. Роль імунізації в профілактиці дифтерії на дільниці сімейної медицини. Наказ МОЗ України No48.
19. Висип. Дитячі екзантематозні інфекції, кір, скарлатина, вітряна віспа, краснуха. Епідеміологія. Основні причини виникнення.
20. Проблеми пацієнта при дитячих екзантематозних інфекціях.
21. Основні протиепідемічні заходи в колективі при дитячих екзантематозних інфекціях. Особливості догляду за пацієнтом в домашніх умовах. Правила виписки в колектив.
22. Роль профілактичних щеплень у профілактиці кору, краснухи на дільниці

сімейної медицини.

23. Шлунково-кишкові розлади. Епідеміологія.

24. Кишкові інфекції. Дизентерія. Сальмонельоз.

25. Особливо небезпечні інфекції. Холера. Основні причини виникнення. Вікові аспекти

проблем пацієнта при кишкових інфекціях. Протиепідемічні заходи в осередку

інфекції. Схема повідомлення. Особливості обстеження контактних.

26. Функціональні обов'язки сімейної медсестри в осередку особливо небезпечної інфекції.

Нормативні документи. Накази СЕС.

27. Гепатит. Епідеміологія. Основні причини вірусного гепатиту А і В. Актуальність

проблеми. Вікові аспекти. Диспансерне спостереження за реконвалесцентами.

Протиепідемічні заходи в осередку інфекції. Спостереження за контактними.

28. Роли сімейної медсестри в ранній діагностиці та профілактиці вірусного гепатиту

на дільниці сімейної медицини.

29. Санітарно-освітня робота, участь сімейної медсестри в її проведенні на дільниці

сімейної медицини.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Виберіть методи специфічної профілактики інфекційних захворювань:

а) санітарно-гігієнічні заходи;

б) стимуляція захисних сил організму;

в) соціальні заходи;

г) ветеринарні заходи;

д) вакцинація населення.

2. Вакцинацію туберкульозу проводять:

- а) у перший день після пологів;
- б) перед виписуванням з пологового будинку;
- в) у 3 місяці;
- г) у 7 років;
- д) у 14 років.

3. Дитині з діагнозом СНІД:

- а) вакцинацію не проводять;
- б) вакцинацію проводять;
- в) не вводять вакцини проти поліомієліту;
- г) не вводять вакцини проти туберкульозу;
- д) все неправильно.

4. Протипоказання для введення вакцин:

- а) епілепсія;
- б) гідроцефалія;
- в) анемія;
- г) алергія на попереднє щеплення;
- д) усе перелічене.

5. Запис про проведення щеплення роблять:

- а) у картці профілактичних щеплень;
- б) у картці імунізації;
- в) в історії розвитку дитини;
- г) в усіх перелічених вище документах;
- д) в інших документах.

6. Постнатальна профілактика рахіту включає:

- а) прийом вагітної вітаміну Д;
- б) відмову вагітної від шкідливих звичок;
- в) призначення дитині вітаміну Д;
- г) призначення вагітній препаратів кальцію;

д) перебування вагітної на свіжому повітрі.

7. Ознаки рахіту в перші два місяці:

а) занепокоєння, пітливість, облисіння потилиці;

б) кілеподібна грудна клітка;

в) О- і Х-подібні кінцівки;

г) деформовані кістки таза;

д) рахітичні «чотки».

8. До антенатальних ендogenous чинників ризику відносять:

а) вік матері до 18 або після 35 років;

б) шкідливості на виробництві;

в) незбалансоване харчування вагітної;

г) шкідливі звички у вагітної;

д) низький рівень життя родини.

9. Для виявлення гіпотрофії проводять:

а) зважування дитини;

б) вимірювання зросту;

в) вимірювання обводу голови, грудної клітки;

г) оцінку тургору шкіри;

д) усе, перелічене вище.

10. Дефіцит маси тіла дитини 21-30% називають:

а) нормою;

б) гіпотрофією I ступеня;

в) гіпотрофією II ступеня;

г) гіпотрофією III ступеня;

д) гіпотрофією IV ступеня.

11. Ознаки інфекційних захворювань:

а) наявність мікроба, або його токсину – етіологія;

б) заразністю;

в) схильністю до поширення (епідемії)

- г) циклічністю перебігу;
- д) формуванням імунітету;
- є) все вище перераховане;
- ж) жодне з перерахованого.

12. Наслідок інфекційного процесу:

- а) інфекційна хвороба;
- б) розвиток хронічного захворювання;
- в) бактеріоносійство;
- г) епідемія.

13. Заходи спрямовані на переривання шляхів передачі інфекції:

- а) дезинфекція;
- б) дезинсекція;
- в) дератизація;
- г) підвищення неспецифічного імунітету – закалювання, вітамінізована їжа, заняття спортом;
- д) підвищення специфічного імунітету – активна та пасивна імунізація.

14. Заходи спрямовані на підвищення несприятливості інфекціям:

- а) дезинфекція;
- б) дезинсекція;
- в) дератизація;
- г) підвищення неспецифічного імунітету;
- д) підвищення специфічного імунітету.

15. Лихоманка за рівнем підвищення температури:

- а) субфебрильна;
- б) помірна;
- в) висока;
- г) дуже висока;
- д) гіперпіретична;
- є) постійна;

ж) ремітивна;

з) гектична.

16. Для «червоної» гіпертермії характерно:

а) висока температура;

б) сухість шкіри та слизових оболонок;

в) збудження;

г) млявість;

д) блідо-ціанотичний мармуровий колір шкіри.

є) гіперрефлексія;

ж) почервоніння шкірних покривів.

17. Для «білої» гіпертермії характерно:

а) висока температура;

б) сухість шкіри та слизових оболонок;

в) збудження;

г) млявість;

д) блідо-ціанотичний мармуровий колір шкіри;

є) гіперрефлексія;

ж) почервоніння шкірних покривів.

18. Шигельоз. Механізм передачі:

а) водний;

б) харчовий;

в) контактено-побутовий;

г) трансмісивний;

д) фекально-оральний.

19. Про гіпотрофію свідчить зниження маси тіла:

а) на 2%

б) на 5%

в) понад 5%

г) понад 7%

д) понад 10%

20. У разі пасивної профілактики дитина отримує:

а) імуноглобуліни;

б) вакцин;

в) анатоксин.

21. Для створення активного імунітету в організм дитини вводять:

а) імуноглобуліни;

б) вакцин;

в) анатоксин.

22. Пацієнт скаржиться на біль у горлі. Під час огляду: задня стінка глотки набрякла,

гіперемійована. Який найімовірніший діагноз?

а) ангіна;

б) фарингіт;

в) ларингіт;

г) трахеїт;

д) бронхіт.

23. Дитина скаржиться на біль у горлі. Під час огляду на мигдаликах грязно-сірий наліт, що

важко знімається, кровоточить. Який найімовірніший діагноз:

а) ангіна;

б) фарингіт;

в) ларингіт;

г) дифтерія;

д) хронічний тонзиліт

24. Мати викликала сімейну медсестру до дитини віком 5 років. Під час огляду: температура

тіла 37,8°C, зів яскраво-гіперемійований, нальотів немає, пальпуються шийні лімфатичні

вузли, на згинальних поверхнях кінцівок – дрібноточкова висипка. У групі були подібні

захворювання. Який найімовірніший діагноз:

- а) грип;
- б) гострі респіраторні захворювання;
- в) ангіна;
- г) дифтерія;
- д) скарлатина.

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. На прийом до сімейної медсестри для контролю маси тіла з'явилася мати з немовлям. Дитині

2 місяці. Маса тіла при народженні – 3400 г. При зважуванні дитини маса – 4900 г. Дитина на

грудному вигодовуванні.

- Чи достатньо молока отримує дитина?

2. При активному відвідуванні вдома дитини 3-х місяців з неблагополучної родини (мати

вживає алкоголь) сімейна медсестра виявила: дитина неспокійна, плаче, її шкірні покриви сухі,

блідо-сірі. Тургор тканин знижений. Під час огляду: блювання, дихання поверхневе, тони

серця приглушені. Зі слів матері, випорожнення не змінені.

- Які дії сімейної медсестри?

3. На консультацію прийшла мати немовляти. Запитує, скільки повинна додати в масі тіла

дитина за 5 місяців?

4. На прийомі – мати з дитиною 1,5 міс. Скаржиться, що дитина стала неспокійною, пітніє.

Апетит збережений. Масу тіла набирає відповідно до віку. Під час огляду: облісіння

потиличної ділянки, розм'якшення кісток черепа.

- Який попередній діагноз? Які дії сімейної медсестри?

5. На консультацію прийшла мати з дитиною віком 1,5 року. У дитини діагностовано ВІЛ-

інфекцію. Клінічні ознаки відсутні.

- Чи можна дитині проводити вакцинацію?

6. Хворому 2 роки. Хвороба розпочалася гостро. Мати скаржиться на кашель, головний біль,

нежить, підвищення температури тіла до 38°C. Старша дитина в сім'ї перехворіла на ГРВІ, під

час огляду відзначають серозні виділення з носа, кашель, кон'юктивіт, гіперемію зів.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози. Скласти

план сестринських втручань. Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та

його родиною. Провести протиепідемічні заходи в осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

мазків із носоглотки на вірусологічне дослідження.

- Продемонструвати проведення інгаляції.

7. Після переохолодження у дитини 10-ти років з'явився біль у горлі, який посилюється під

час ковтання, підвищення температури до 39-40°C, втрата апетиту, загальна слабкість.

Регіонарні підщелепні і шийні лімфавузли збільшені, болючі при пальпації. Мигдалики

гіперемовані, вкриті сірувато-білими плівками, які легко знімаються ватними тампонами.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози. Скласти

план сестринських втручань. Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та

його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

мазків із мигдаликів.

- Розвести антибіотик для проби на переносимість, продемонструвати пробу.

8. Дитині 5 років. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39,5°C, кволість, дворазове

блювання, біль у горлі під час ковтання, припухлість шиї. Хворіє 1 добу.

Відвідує дитячий

садок. Останні 4 роки щеплення не проводили через хронічний астматичний бронхіт.

Під час огляду: температура тіла 39,6°C, дитина квола, шкіра бліда. Дихання через ніс

порушене, голос гугнявий. У підщелепній і підборідній ділянках м'яка неболюча припухлість,

яка опускається до ключиці. З рота неприємний запах. Мигдалики майже зникаються по

середній лінії, вкриті білувато-сірим суцільним нальотом, який погано знімається і переходить

на м'яке піднебіння, язичок.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення болю в горлі),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

мазків із ротоглотки та слизової носа.

- Продемонструвати введення антитоксичної протидифтерійної сироватки.

9. Дитині 5 років. Скарги на гавкаючий кашель, нежить, охриплість голосу, підвищення

температури тіла до 38,2°C. Зі слів матері, виділення з носа з'явилися 5 днів тому, на 3-ю добу

приєднався грубий гавкаючий кашель, підвищилася температура тіла. З'явилася охриплість

голосу.

Під час огляду шкіра бліда, чиста, незначний ціаноз носо-губного трикутника.

Спостерігаються суковичні виділення з носа, подразнення шкіри під носом. Помітна

гіперемія слизової оболонки зіва, задньої стінки глотки. У дитячому садку, який відвідує

дитина, виявлено бацилоносії дифтерії.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення лихоманки та

кашлю), встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша

тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні

заходи в осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

мазків із ротоглотки та слизової носа на BL.

- Продемонструвати забір крові з вени для дослідження.

10. Дитині 6 років. Хворіє 3-ю добу. Захворювання розпочалося з підвищення температури

тіла до 39,2°C, спостерігалось повторне блювання, з'явилася висипка.
Молодший брат кілька

днів тому перехворів на ангіну.

Під час огляду: температура тіла 38,6°C, скарги на головний біль, нудоту біль у горлі. На

помірно гіперемійованій шкірі яскрава дрібнокрапкова висипка, носо-губний трикутник

блідий. Дермографізм білий. Мигдалики, язичок яскраво гіперемійовані, набряклі, в лакунах

гній. На м'якому піднебінні дрібнокрапкова висипка. Язик із сіруватим нальотом. Помірно

збільшені лімфовузли. Виражена тахікардія. Інші змін не виявлено.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

мазків з мигдаликів.

- Продемонструвати внутрішньом'язову ін'єкцію.

11. Дитині 5 років. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C, кашель, нежить, головний біль.

Під час огляду: дитина квола, набряки на обличчі, світлобоязнь, повіки припухлі, слизисті

виділення з носа, слизова оболонка м'якого і твердого піднебіння гіперемійована. За вухами,

на обличчі висипка у вигляді резеол і дрібних плям, які з'явилися сьогодні. Загальна тривалість

захворювання – 4 доби. Родина мешкає в сімейному гуртожитку, в якому серед дітей були

подібні захворювання.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Продемонструвати взяття крові

з вени на серологічні дослідження.

- Продемонструвати техніку внутрішньом'язового введення 1,5-3 мл протикорового

імуноглобуліну.

12. Дитині 4,5 роки, скарги на підвищення температури тіла до 38°C, висипку на шкірі,

кволість, зниження апетиту. Хворіє 2гу добу. Під час огляду дитина квола, шкіра бліда. На

шкірі волосистої частини голови, обличчя, тулуба, кінцівок поліморфна висипка: червоні

плями, папули, везикули діаметром до 3-5 мм, наповнені прозорою рідиною. Везикули

розташовані на неінфільтрованій основі. Дитина до захворювання відвідувала дитячий садок.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Продемонструвати догляд за

шкірою дитини.

- Продемонструвати внутрішньом'язове введення донорського імуноглобуліну – 0,2 мг/1 кг

маси тіла.

13. Студентка 15 років, прийшовши на іспит, поскаржилась на «алергію». Вранці з'явилась

висипка на шкірі, свербіжу не спостерігається. Висипка локалізується на розгинальних

поверхнях кінцівок, спині, дрібноплямиста. Водночас є невиражений нежить, кашель,

кон'юнктивіт. Збільшені периферійні лімфовузли, особливо потиличні, завушні і задньошийні,

ущільнені, болісні під час пальпації.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

змиву з носоглотки.

- Продемонструвати підшкірну ін'єкцію тавегілу.

14. Дитині 6 років. Скаржиться на періодичний біль у животі, почастішання випорожнень,

підвищення температури тіла до 38,2°C. Шкіра, слизові оболонки бліді, сухі на дотик. Язик

сухий, обкладений білим нальотом. Дихання везикулярне, тони серця приглушені, ЧСС – 112

за 1 хв. Живіт болючий при пальпації. Чути бурчання в животі. Сигмоподібна кишка

спазмована і болюча. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 см. Протягом доби 9

випорожнень, невеликими порціями. Кал містить практично один слиз, інколи прожилки

крові. Спостерігають тенезми. Дитина відвідує дитячий садок.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

калу на бактдослідження, копрологію.

- Надати невідкладну допомогу медичну допомогу при екзикозі.

15. Дитині 4 роки. Мати скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C. Двічі було

блювання. Випорожнення 8 разів на добу, кал кашкоподібний.

Під час огляду стан дитини важкий, температура тіла 39,4°C. Шкіра, слизові оболонки чисті,

бліді, сухі. ЧД – 30 за 1 хв, ЧСС – 112 за 1 хв, тони серця приглушені. Живіт здутий, болючий

під час пальпації. Кал зелено-сірий, з великою кількістю слизу. На 4-й день захворювання

сімейним лікарем у дитини діагностовано гнійний гоніт. Дитина до захворювання відвідувала

дитячий садок.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

калу на бактдослідження, копрологію.

- Продемонструвати збір крові з вени і посів на стерильність.

16. Пацієнт повернувся з відрадження. В потягу пригощався в'яленою рибою. Через 2 дні

раптово почалося блювання без нудоти до 10 разів на добу, пронос без болю в животі та

позивів. Каловий характер випорожнень швидко змінився на «рисовий відвар» із запахом

риби. Приєдналась слабкість, спрага. Шкіра втратила еластичність, суха, язик сухий. Пульс –

100 уд. за 1 хв, АТ – 90 мм рт.ст. Мешкає із дружиною і 10-літнім сином.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

калу та блювотних мас на бактдослідження.

- Продемонструвати внутрішньовенне краплинне введення «Орніталу».

17. Дитина стала дратівливою, погано спить, вночі з'являється свербіж у ділянці періанальних

складок.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причину виникнення висипки),

встановити медсестринські діагнози. Скласти план сестринських втручань. Подальша тактика

сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною. Провести протиепідемічні заходи в

осередку інфекції.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта. Підготувати пацієнта до взяття

зішкрябу з періанальних складок на ентеробіоз.

- Підготувати пацієнта до взяття калу на яйця гельмінтів.

18. Медична сестра підключала систему одноразову інфузійну систему хворому, який

помирав. При цьому крапля крові хворого потрапила на пальці медсестри, на яких були

подряпини після роботи на земельній ділянці. Через 1 місяць у неї виявлено гарячковий стан і

збільшення шийних лімфатичних вузлів. Раніше була здоровою, статевих стосунків не мала.

У хворого, за яким вона доглядала, посмертно діагностовано ВІЛ-інфекцію.

- Який можливий діагноз у медсестри?

- Чим було зумовлене інфікування?

- яких правил призвело до інфікування медсестри?

19. У терапевтичне відділення госпіталізовано пацієнта, який скаржиться на зняжну гарячку

і сильне схуднення та повідомив, що є ін'єкційним наркоманом. Раніше стаціонарно не

лікувався і не обстежувався.

- Обґрунтуйте, яке захворювання необхідно виключити у хворого?

- Методика забору крові для такого дослідження.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

Гіпертермічний синдром – це патологічна гарячка із швидким та неадекватним підвищенням

температури тіла до 38,50С і вище, що супроводжується розладами мікроциркуляції, обміну

речовин та роботи життєво-важливих органів і систем (метаболічний ацидоз, накопичення

молочної кислоти, інактивація ферментів печінки, зневоднення, згущення крові, ↓ АТ,

↓ кровопостачання мозку (ішемія), при $t = 39-40^{\circ}\text{C}$ може виникати набряк мозку → судоми.

Види гіпертермії:

«Червона гіпертермія» – шкіра рожева, гаряча, волога, тахікардія та тахіпное відповідають

ступеню підвищення t . Поведінка дитини адекватна. Загальний стан порушений мало.

Невідкладна допомога:

Роздягнути дитину, оглянути на наявність геморагічної висипки.

Доступ свіжого повітря.

Багато теплого пиття.

Фізичні методи охолодження: холодні обтирання тіла водою ($12-14^{\circ}\text{C}$), з оцтом (2:1); холод на

магістральні судини; міхур з льодом над головою; прохолодна очисна клізма (t води менша за t тіла на 100°C).

Per os або ректально: парацетамол – 15мг/кг кожні 4 години (ефералган, панадол, рапідол) –

6 р/добу або ібупрофен (нурофен, ібуфен) 10мг/кг кожні 6 годин – 4р/добу.

Якщо протягом 45-30хв t не знижується – в/м'язово вводимо:

1. 50% р-н анальгін – до року $0,01\text{мл/кг}$, після року – $0,1\text{мл/рік}$, але не більше $1,0\text{мл}$

1% димедрол - до року $0,02\text{мл/кг}$, старше року $0,2\text{мл/рік}$, але не більше $1,5\text{мл}$.
Можна ввести

в 1 шприці.

Дексаметазон – $0,1\text{мл/кг}$ в 2-3 прийоми (в окремому шприці).

Літична суміш: аміназин 2,5%- 1мл + 1% димедрол 1мл + 0,5% новокаїн 4мл
→ $0,1\text{мл/кг}$ в/м.

«Біла гіпертермія» - шкіра бліда, холодна, акроціаноз (спазм периферичних судин), виражена

тахікардія, дитина млява, загальний стан значно порушений, можуть бути судоми.

Невідкладна допомога:

Протипоказані фізичні методи охолодження.

Одночасно з введенням жарознижуючих вводимо судинорозширюючі:

папаверину гідрохлорид 2%– до року – $0,01\text{мл/кг}$, старше року - $0,1\text{мл/рік}$ життя в/м'язово, або

но-шпа – $0,03\text{мл/кг}$, 2,5% піпольфен.

Після переведення в «рожеву лихоманку» можливе застосування фізичних методів

охолодження.

Примітки:

Контроль t кожні 30хв.

Після зниження t до $37,50^{\circ}\text{C}$, гіпотермічні заходи припиняються

При неефективності – госпіталізація – аміназин, еуфілін, при судомах – сібазон.

При критичному зниженні t може виникати колапс.

Протипоказане застосування у дітей аспірину (ацетилсаліцилова кислота) та до 12 років

німесулід (німесіл, найз).

При судомі невідкладна допомога спрямована на запобігання отримання додаткових травм і

забезпечення прохідності дихальних шляхів (АВС).

Покласти на м'яку поверхню на бік, під голову - м'яке (куртка, сумка), розстібнути одяг,

забрати гострі предмети, притримувати.

Не можна тримати силою від судом, не можна розтискати щелепи, вливати в рот воду, щось

вставляти в рот, якщо судомі вже почались.

По закінченню нападу дитина може тривалий час (до 2 годин) перебувати в стані глибокого

сну, при цьому не потрібно дитину торсати, піднімати, укладати в ліжку.

Необхідно перевірити, щоб у роті не було крові, блювотних мас, великої кількості слини,

якщо необхідно видали все, намотавши на 2 пальця бинт, марлю.

Перевірити також дихання і пульс і залишити дитину в стабільному положенні на боці до

приїзду «швидкої».

Оглянути на наявність травм.

Оксигенотерапія.

У н/н – холод до голови.

Седуксен (сібазон) 0,5% – 0,1мл/кг в/м'язово.

25% Магнію сульфат – до року 0,1мл/кг, старше року - 1мл/рік. не більше 10мл в/м.

Негайна госпіталізація.

В стаціонарі – натрію оксибутират 20% - 0,5мл/кг, гексенал.

Подальше лікування залежить від причини. (якщо гіпертермія – почати зі зниження

температури)

Ексикоз:

Ексикоз розвивається через втрату рідини організмом дитини. Причиною може бути

блювання, водянисті випорожнення, що призводять до розвитку дегідратації.

1.Оральна регідратація з дозованим харчуванням.

I етап: 20мл/кг/год протягом 4-6 годин. При першому ступеню ексикозу та відсутності

блювання даємо стільки, скільки дитина хоче пити.

Якщо стан покращився → II етап (10мл/кг після кожного випорожнення)

Якщо стан такий же – повторюємо I етап 4-6 годин

Якщо стало гірше – III етап - стаціонар: в/в 30мл/кг для дітей < 1 року протягом 1 години,

для дітей старше року – протягом 30хв, надалі 70мл/кг – для дітей до року протягом 5годин,

для дітей старше року – протягом 2,5 годин.

Р-ни для в/в інфузії – залежать від типу ексикозу (соледефіцитний, вододефіцитний,

ізотонічний): р-н Рінгера-Лактат, ізотонічні розчини глюкози, натрію хлориду.

Розчини для оральної регідратації: 5% розчин глюкози, розчин Рінгера, ізотонічний розчин,

узвар, рисовий відвар, настої (шипшини, ромашки, звіробою),зелений чай без цукру, Хумана-

електроліт (1пак-250мл) , Регідрон оптім (1пак-500мл), Регідрон (1 пак-1л),

підсолений овочевий відвар (1 ч.л. крупної солі без верха на 1 л. води).

Починаємо відпоювання з невеликих порцій дрібно (1ч.л. кожні 5 хв), якщо рідина

засвоюється (відсутнє блювання), то збільшуємо об'єм і проміжки (по 20мл кожні 15хв).

При грудному вигодовуванні – часті прикладання до грудей.

При штучному – годуємо малими порціями, часто, поступово збільшуємо об'єми та проміжки

при нормальному засвоєнні (напр. якщо дитина отримувала 120мл/годування. Ми починаємо

30мл → наступне годування 50 → 100. Все залежить від стану.).

При штучному вигодовуванні - безлактозні суміші – (Alfare, Нутрілон безлактозний).

Старшим дітям – виключаємо гострі, смажені страви, молочні каші, цільне коров'яче молоко,

свіжі фрукти, ягоди, овочі. Можна: протерті каші, картопляне пюре, печені яблука, сухарі,

свіжий домашній йогурт, відварене м'ясо. Годуємо малими порціями, часто.

При важких ГКІ, коли їжа не засвоюється, використовують спеціальні лікувальні суміші

(Нутрілон – Аміно, Н. – Пепті, Пептамен, Модулен.).

2.Очисна клізма (вода кімнатної температури. Разовий об'єм: н/н- 30-35мл, 6міс – 60-80мл, 1

рік – 200, надалі: $V=n \times 100 + 100$).

При ацетонемічному синдромі лужна очисна клізма (1.ч.л. врівень соди на 1л води)

3.При токсикоінфекції – промивання шлунку (об'єми, як при очисній клізмі)

4.Газовивідна трубка.

5.Сорбенти – ентеросгель, атоксил (даються в проміжках між прийомами їжі та ліків)

6.При розширенні дієти - ферменти: креон, дигестин (даємо тільки під час прийому їжі).

7.При інвазивних діареях – антибіотикотерапія.

Стенозуючий ларинготрахеїт

Симптоми: хриплий голос, гавкаючий кашель, інспіраторна задишка, збудження, млявість, блідість.

1. Забезпечити комфортні умови у приміщенні:

температура 20-22°C.

Дитину напувати рідиною в достатній кількості: теплим молоком, лужними розчинами (

«Боржомі») ! зволоження повітря в кімнаті не впливає на покращення клінічних проявів

круп.

2. Провести інгаляцію зволоженим киснем. Інгаляцію здійснювати через маску або в

кисневій палатці.

3. Виконувати призначення лікаря: дати дитині відкашлюючі мікстури (амброксол, лазолван,

сироп кореня солодки, подорожника, первоцвіту, фіалки лікарської).

При стенозі I ступен :

Забезпечити переведення гавкаючого кашлю в вологий.

NB! Не використовуйте спреї для горла, інгаляції ментолу, евкаліпту та інші медикаменти з

різким запахом, гірчичники на передню поверхню грудної клітки (висока ймовірність

погіршення стану, посилення ознак стенозу).

4. Провести інгаляційну муколітичну терапію

- лужними розчинами: Сода Буфер (дітям до 2 років попередньо розвести з фіз. розчином

1:1),

- сольовими розчинами ЛОРДЕ HYPER 3% розчин натрію хлориду;

- муколітиками (препарати АЦЦ) – інгаміст, флуімуцил.

NB! Для інгаляцій можна використовувати тільки дозволені препарати. Не використовуйте

«Боржомі», 2% розчин гідрокарбонату, самостійного приготування.

5. Провести інгаляцію глюкокортикостероїдними препаратами: пульмікорт, фліксотид (взяти

призначену лікарем дозу, додати ізотонічного розчину натрію хлориду 2 мл).

Проводити

інгаляцію 2-3 рази на добу.

6. При відсутності умов для проведення небулайзерної терапії та в/в введення дексаметазону

– ввести дексаметазон ректально у вигляді супозиторій – ректодельт 1 р/д.

7. Ввести дексаметазон в/в повільно (швидке введення може спровокувати блювання).

При II та III ступенях стенозу:

! Основу медикаментозного лікування несправжнього крупу складають глюкокортикостероїди (високий рівень доказовості клінічної ефективності).

З позицій доказової медицини ефективність антигістамінних препаратів, спазмолітиків та

бронхолітиків не доведена.

8. Ввести інгаляційно 0,1% розчин адреналіну 4 мл на інгаляцію (можна повторювати

декілька разів зв необхідності).

9. Ввести внутрішньовенно крапельно глюкозо-сольові розчини 40-50 мл/кг маси: 5% розчин

глюкози, реосорбілакт, 0,9% розчин хлориду натрію. Одночасно провести (за результатами

контролю діурезу) форсування діурезу шляхом в/в введення 1% розчину лазиксу – 2 мг/кг

маси тіла.

10. При наростані стенозу з гострою дихальною недостатністю після проведення

премедикації ЛОР-лікар здійснює інтубацію трахеї.

11. Провести всі заходи, що їх застосовують для лікування стенозу II ступеня. Дози

гормональних препаратів збільшують.

12. Провести туалет дихальних шляхів: у трахею ввести поліетиленовий катетер для

вливання розчинів та відсмоктування слизу. Замість мікроінтубації проводять за

показаннями інтубацію термопластиковою трубкою.

13. При наростанні ГДН і неефективності вищенаведених заходів – після попередньої

премедикації 0,1% атропіну сульфату 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл) внутрішньовенно,

інтубація трахеї або ургентна крикоконікотомія (стеноз IV ступеня).

14. Ввести дитині антибіотики широкого спектру дії (у зв'язку з активацією патогенної

флори та бактеріальними ускладненнями).

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Пріоритетні проблеми пацієнтів з інфекційними захворюваннями, м/с процес (виявити

проблеми, скласти план м/с втручань).

Тема заняття: Діагностично-лікувальна робота на дільниці, участь сімейної медичної сестри і її проведенні

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використовувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах

фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

7. Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

8. Методи контролю:

- індивідуальне опитування;

- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Сімейна медсестра як помічник сімейного лікаря проводить на дільниці велику роботу. Від

її професіоналізму та відповідальності значною мірою залежить вирішення проблеми

здоров'я населення України. Відтак сімейна медсестра має добре знати найчастіші причини

звертання до сімейного лікаря, їх етіологію, чинники ризику, клінічні ознаки, стандарти

лабораторних та інструментальних обстежень, принципи лікування нозологічних форм, які

часто трапляються в загальній практиці, в межах медсестринської компетенції, вікові аспекти

захворювань, ознаки критичних станів та методику надання невідкладної долікарської

медичної допомоги.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі, у денному стаціонарі і в домашніх

умовах:

а) Підготовка кабінету до амбулаторного прийому;

б) Проведення м/с обстеження пацієнта (вимірювання температури, частоту серцевих

скорочень, частоту дихання, АД, ведення медичної документації, підготовка даних для

статистичного звіту.

2. Виявлення проблем пацієнта залежно від віку, ведення м/с документації, планування

м/с втручань.

3. Підготовка пацієнта до лабораторних досліджень (кров, сеча, харкотиння),

інструментальних методів обстежень (Р»о», УЗД), функціональних методів (ЕКГ, спірометрія).

4. Організація та ведення домашнього стаціонару для пацієнтів з конкретним захворюванням. Виконання етапів м/с процесу.

5. Правила техніки безпеки та охорони праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень.

6. Відпрацювання методики надання долікарської невідкладної допомоги : стенозуючому

ларенготрахіїті, гострій дихальній недостатності, кровохарканні, легеневій кровотечі –

нападів бронхіальної астми, астматичному статусі. серцевій астмі, зупинці кровообігу,

нападі стенокардії, інфаркті міокарда, анафілактичному шоці, непритомності, колапсі.

7. Клінічні протоколи надання невідкладної медичної допомоги хворим при критичних

станах.

8. Підсумковий модульний контроль.

Діагностично-лікувальна робота є важливим напрямом діяльності сімейних медиків.

Найчастішими причинами звертання до фахівців з сімейної медицини є кашель, біль у грудній

клітці, біль голови, проблеми з боку ШКТ, набряки різного походження.

Сімейна медсестра

має володіти умінням вирішувати названі проблеми пацієнтів в домашніх умовах, надавати

НДМД у разі розвитку невідкладних станів, навчати пацієнта елементам самоогляду та

членів родини догляду за ним.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Найчастіші причини звернення пацієнтів до сімейного лікаря.
2. Кашель. Визначення, характер кашлю, основні причини, нозології, які супроводжуються кашлем.
3. Гострі респіраторні захворювання.
4. Бронхіти. Пневмонія. Вікові аспекти.
5. Туберкульоз легень. Класифікація. Вікові аспекти.
6. Респіраторні алергози.
7. Підготовка пацієнта з кашлем до лабораторних та інструментальних досліджень,
тактика сімейної медсестри у вирішенні проблем пацієнта в домашніх умовах.
8. Задишка. Визначення, види, основні причини.
9. Бронхіальна астма. Вікові аспекти.
10. Обструктивний бронхіт. Стенозуючий ларинготрахеїт.
11. Вроджений стридор у немовлят.
12. Серцева астма. Набряк легень. Вікові аспекти.
13. Лабораторні та інструментальні обстеження пацієнтів із задишкою на догоспітальному
етапі, участь сімейної медсестри в їх проведенні. Медсестринський підхід до
вирішення
проблем пацієнта в домашніх умовах.
14. Біль у грудній клітці. Причини виникнення нозологій які
супроводжуються болем у
грудній клітці.
15. Стенокардія, інфаркт міокарда проблеми пацієнта, невідкладна терапія,
участь сімейної
медсестри в її проведенні, лікувально дієта, реабілітаційні заходи.
16. Плеврити.
17. Невралгії. Оперізувальний лишай.

18. Перикардит. Міокардит.

19. Біль у грудній клітці в дітей і підлітків. Вікові аспекти.

20. Лабораторні та інструментальні обстеження пацієнта з болем у грудях, участь сімейної

медсестри в підготовці до них. Тактика сімейної медсестри у вирішенні проблем

пацієнта.

21. Значення загальної диспансеризації в ранньому виявленні ІХС. Участь сімейної

медсестри в проведенні заходів первинної та вторинної профілактики.

22. Кровохаркання і легенева кровотеча. Визначення, найбільш часті причини (пневмонія,

туберкульоз легень, рак). Вікові аспекти.

23. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта з кровохарканням, легеневою

кровотечею. Невідкладна медична долікарська допомога на догоспітальному етапі.

24. Біль голови. Найчастіші причини. Психогенний біль голови. Травми созку. Запальні

захворювання. Судинна патологія. Вікові аспекти.

25. Біль голови у дітей. Тактика сімейної медсестри у вирішенні проблем пацієнта в

домашніх умовах

26. Закрепи. Основні причини. Закрепи органічні та функціональні. Вікові аспекти.

Лабораторні та інструментальні обстеження пацієнта на догоспітальному етапі та

участь сімейної медсестри в їх проведенні Медсестринський підхід до вирішення

проблем пацієнта із закрепам.

27. Набряки. Найчастіші причини, набряки місцеві та генералізовані. Патологічні стани,

які супроводжуються набряками. Серцево-судинні захворювання. Патологія норок.

Ендокринні захворювання. Онкологічна патологія. Вікові аспекти.

28. Тактика сімейної медсестри у вирішенні проблем пацієнта при конкретному захворюванні.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Причинами кашлю можуть бути:

- а) захворювання глотки і гортані;
- б) захворювання трахеї, бронхів;
- в) захворювання легенів;
- г) істерія;
- д) усе, перелічене вище.

2. Кашель із виділенням «іржавого» мокротиння характерний для:

- а) ларингіту;
- б) фарингіту;
- в) гнійного бронхіту;
- г) крупозної пневмонії;
- д) абсцесу легені.

3. Вибрати обстеження для хворого з непродуктивним кашлем протягом місяця:

- а) загальний аналіз крові»
- б) загальний аналіз сечі;
- в) рентгенографія органів грудної клітки, бронхоскопія;
- г) загальний аналіз мокротиння;
- д) бронхографія.

4. Наявність у мокротинні спіралей Куршмана, кристалів Шарко-Лейдена характерна для:

- а) гострого бронхіту;

- б) бронхіальної астми;
- в) абсцесу легень;
- в) пневмонії;
- д) гангрені легені.

5. Специфічна профілактика грипу це:

- а) ізолювання хворих;
- б) спостереження за контактними особами;
- в) вакцинація;
- г) виварювання посуду і білизни;
- д) підвищення захисних сил організму.

6. До противірусних препаратів належать:

- а) ремантадин;
- б) амоксил;
- в) ентеросгель;
- г) АЦЦ;
- д) амоксиклав.

7. Ознаки астматичного статусу:

- а) тривалість нападу понад добу;
- б) неефективність адреноміметиків;
- в) тяжкий напад;
- г) швидке наростання дихальної недостатності;
- д) усе, перелічене вище.

8. Виклик до хворого з нападом ядухи. Видих утруднений, на відстані чути свистячі хрипи.

Який найімовірніший діагноз:

- а) серцева астма;
- б) бронхіальна астма;
- в) гострий бронхіт;
- г) бронхоектатична хвороба;

д) абсцес легень.

9. Для надання допомоги при легеневій кровотечі готують такі медикаменти:

а) анальгін, димедрол;

б) кальцію хлорид, амінокапронова кислота;

в) кодеїн, преднізолон;

г) кофеїн, адреналін;

д) 5% розчин глюкози.

10. Яка з ознак, перелічених нижче, характерна для нападу стенокардії:

а) постійний ниючий біль;

б) біль за грудиною стисного характеру, іррадіює у ліву руку;

в) біль у лівій половині грудної клітки, що посилюється під час кашлю;

г) тривалий біль за грудиною, віддає в обидві руки;

г) сильний біль за грудиною, не знімається нітрогліцерином.

11. Вид транспортування хворого з інфарктом міокарда:

а) направити в плановому порядку;

б) міським транспортом;

в) попутнім транспортом;

г) транспортною бригадою швидкої допомоги на ношах;

д) спеціалізованою бригадою швидкої медичної допомоги на ношах.

12. Яка ознака відрізняє біль при інфаркті міокарда від больового синдрому при стенокардії:

а) біль за грудиною;

б) іррадіює в ліву руку;

в) триває понад 30 хвилин;

г) біль пов'язаний з диханням;

д) біль пов'язаний зі зміною положення тіла.

13. Ознаки больового синдрому при сухому плевриті:

а) біль посилюється під час дихання;

б) біль пов'язаний за зміною положення тіла;

- в) локалізується за грудиною;
- г) іррадіює в ліву руку;
- д) триває 1-2 хвилини.

14. Програма надання невідкладної допомоги при інфаркті міокарда включає:

- а) постільний режим;
- б) фізичний і психічний спокій;
- в) гірчичник на ділянку серця;
- г) знеболювальні засоби;
- д) усе перелічене.

15. Дитина віком 4 роки захворіла раптово, з'явився сухий кашель, свистячий видих, який чути

на відстані, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. Визначте діагноз:

- а) гострий бронхіт
- б) гострий обструктивний бронхіт
- в) гостра пневмонія
- г) вогнищева пневмонія

16. У дитини віком 1 рік, яка другий день хворіє, кашель гавкаючий, голос захрип, вночі

з'явилася задишка за участю допоміжних м'язів в акті дихання, блідість шкіри, періоральний

ціаноз. Визначте діагноз:

- а) вогнищева пневмонія
- б) обструктивний бронхіт
- в) стенозуючий ларинготрахеїт
- г) сегментарна пневмонія

17. Які інгаляції застосовують для лікування гострого стенозуючого ларингіту:

- а) інгаляції зволоженим киснем, пропущеним через настої трав
- б) содово-трав'яні інгаляції
- в) інгаляції алуpentом, антасманом, солутаном, інталом

г) інгаляції літичною сумішшю

18. Які препарати треба вводити дітям, хворим на стенозуючий ларінгіт, якщо немає ефекту

від літичної суміші:

а) 2,4% розчин еуфіліну

б) 0,06% розчин корглікону

в) 2% розчин папаверину гідрохлориду

г) 0,25% розчин дроперидолу

19. Які заходи не проводять під час надання невідкладної допомоги дітям із гіпертермією:

а) очисна клізма водою температури 14-18°C

б) обтирання дитини розчином оцту з водою 1:10

в) прикладання пляшечок з холодною водою до магістральних судин

г) гірчичні ніжні та ручні ванни на 7-10 хв.

20. Хворий скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки, що посилюється під час

дихання. Під час аускультції відчувається шум тертя плеври. Найімовірніші діагнози:

а) пневмонія

б) бронхіт

в) сухий плеврит

г) стенокардія

д) спонтанний пневмоторакс

21. Для зняття ЕКГ основні електроди накладають так:

а) ПР-червоний, ЛР-жовтий, ЛН-зелений

б) ПР-жовтий, ЛР-червоний, ЛН-зелений

в) ПР-зелений, ЛР-червоний, ЛН-зелений

г) ПР-червоний, ЛР-зелений, ЛН-жовтий

д) усе неправильно

22. Для гострого періоду інфаркту міокарда характерні зміни на ЕКГ:

- а) тахікардія
- б) брадикардія
- в) зниження інтервалу S-T нижче від ізолінії
- г) дуга Парді
- д) екстрасистолія

23. До медсестри звернувся пацієнт віком 62 роки. Скаржиться, що під час піднімання

східцями у нього з'являється стисний біль за грудиною, який віддає в ліву руку і минає після

відпочинку. Напади з'явилися 2 тижня тому. Імовірний діагноз:

- а) стенокардія напруження
- б) стенокардія спокою
- в) стенокардія, що виникла вперше
- г) прогресуюча стенокардія
- д) інфаркт міокарда

24. У хворого з інфарктом міокарда з'явився напад ядухи, кашель з пінистим рожевим

мокротинням. Яке ускладнення розвинулося:

- а) легенева кровотеча
- б) кардіогенний шок
- в) серцева астма
- г) аритмія

25. Після ін'єкції пеніциліну з'явилася задишка, хворий покрився холодним липким потом,

знепритомнів. Пульс – 120 уд. за хв., ниткоподібний, АТ – 50/30 мм рт.ст.

Який

найімовірніший діагноз:

- а) знепритомнення
- б) колапс
- в) анафілактичний шок

- г) серцева астма
- д) набряк легенів

26. У пацієнта з крупозною пневмонією протягом декількох годин температура тіла

знижувалася з 39,5°C до 36,0°C. Яке ускладнення можна запідозрити:

- а) димедрол
- б) промедол
- в) анальгін
- г) клофелін
- д) кофеїн

27. Виберіть положення хворого в стані непритомності:

- а) сидячі
- б) горизонтальне з піднятою головою
- в) горизонтальне з піднятими ногами
- г) напівсидячі
- д) на правому боці

28. У хворого з гіпертонічною хворобою виник напад ядухи. АТ – 220/100 мм рт. ст. У легенях

поодинокі вологі хрипи в нижніх відділах. Яке ускладнення розвинулось:

- а) серцева астма
- б) бронхіальна астма
- в) легенева кровотеча
- г) кардіогенний шок
- д) інфаркт міокарда

29. Пацієнт під час забору крові в процедурному кабінеті знепритомнів. Шкірні покриви бліді,

АТ – 110/75 мм рт.ст., пульс 72 удю за 1 хв. Невідкладна допомога:

- а) інгаляція зволоженого кисню
- б) гірчичник на ділянку серця
- в) положення напівсидячи

г) вдихання парів нашатирного спирту

д) інгаляції кисню, пропущеного через піногасник

30. Пацієнт протягом 20 років стоїть на обліку з ІХС. Нині турбує напад ядухи з утрудненим

видихом, набряки на ногах, біль у животі. Печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, болюча. У черевній порожнині – вільна рідина. Набряки нижніх кінцівок. Визначте ступінь ХСН:

а) ІА

б) ІБ

в) ІІА

г) ІІБ

д) ІІІ

31. Поясніть пацієнту, що таке водний баланс:

а) кількість рідини, видаленої за добу

б) співвідношення денного і нічного діурезу

в) співвідношення уведеної і виділеної за добу рідини

г) усі відповіді правильні

31. Що можна порекомендувати обмежити хворому з хронічною серцевою недостатністю:

а) сіль, рідина

б) білки, жири

в) вітаміни

г) вуглеводи

31. У пацієнта після введення цефазоліну стан різко погіршився: скаржиться на

запаморочення, відчуття страху смерті, жар, пульсуючий головний біль, стискаючий біль у

грудях, нудота, блювання, вкрився холодним потом. Що з пацієнтом:

а) анафілактичний шок

б) набряк Квінке

в) сироваткова хвороба

г) кропив'янка

д) сінна лихоманка

32. У пацієнта після укуса бджоли, через декілька хвилин з'явився «гавкаючий» кашель,

охриплість голосу, стридорозне дихання, набряк обличчя, шийні вени набряклі, чути свистячі

хрипи. Що з пацієнтом?

а) набряк Квінке

б) анафілактичний шок

в) кропив'янка

г) сироваткова хвороба

д) поліноз

33. Набряки при серцевій недостатності завжди локалізуються на нижніх ділянках тіла в

результаті:

а) підвищення гідростатичного тиску у венах, сповільнення кровотоку

б) зниження онкотичного тиску крові

в) зниження гідростатичного тиску крові

г) підвищення концентрації антидіуретичного гормону

д) збільшення концентрації альдостерону

34. Ведучим в патогенезі серцевих набряків є:

а) застій на шляхах притоку, зниження серцевого викиду

б) підвищення концентрації антидіуретичного гормону

в) збільшення концентрації альдостерону

г) підвищення гідростатичного тиску крові

д) зниження онкотичного тиску крові

35. Ведучим у розвитку хронічної серцевої недостатності є:

а) порушення насосної функції серця

б) активація симпатико-адrenalової системи

- в) стимуляція ренін-ангіотензин-альдостеронової системи
- г) периферична вазоконстрикція
- д) зростання синтезу антидіуретичного гормону

36. Найбільше значення для диференціації III стадії ХНК від II Б-стадії має:

- а) виснаження і схуднення пацієнта
- б) наявність асцити
- в) розвиток анасарки
- г) різке підвищення венозного тиску
- д) порушення кислотно-лужної рівноваги

37. Об'єм циркулюючої крові при ХНК:

- а) збільшений
- б) зменшений
- в) суттєво не змінюється
- г) збільшений або зменшений в залежності від стадії ХНК
- д) збільшений або зменшений в залежності від причин ХНК

38. Зміна показників функцій зовнішнього дихання в стані спокою відмічається у хворих з НК:

- а) II Б – III стадії
- б) II А – II Б стадії
- в) I-II А стадії
- г) II А стадії
- д) I стадії

39. Для нападу стенокардії характерний біль:

- а) стискаючий, за грудиною, з іррадіацією в ліву руку, ліве плече
- б) ниючий, тупий в ділянці серця без іррадіації
- в) нестерпний біль за грудиною, супроводжується страхом смерті, не знімається

нітрогліцерином

- г) колючий, з неприємним відчуттям, довготривалий

д) в лівій половині грудної клітки, посилюється під час кашлю чи глибокому диханні

40. Клінічні критерії стенокардії:

а) раптова поява і зникнення болю

б) тривалий біль

в) знімає корвалол, валокордин

г) іррадіація в ліве плече

д) чіткий зв'язок з фізичним навантаженням

41. Особливості стенокардії в осіб літнього віку:

а) відчуття болю менше виражене

б) відчуття болю сильно виражене

в) постійне незадоволення вдихом

г) раптова поява відчуття нестачі повітря

д) напад різкої слабкості

42. Стенокардію частіше диференціюють з:

а) остеохондрозом грудного відділу хребта

б) оперізувальним лишаєм

в) плевритом

г) пневмотораксом

д) пухлиною верхівки легень

43. Поведінка пацієнта під час нападу стенокардії:

а) «застигає на місці»

б) метушливий, хоче зайняти зручне положення

в) неспокійний, рухове і мовне збудження

г) приймає колінно-ліктьове положення

д) лягає на правий бік, ноги підтягує до живота

44. Головним механізмом нефротичних набряків є:

а) гіпоальбумінемія

б) затримка води і натрію

- в) гіповолемія
- г) підвищення активності вазопресину
- д) гіпоонкія крові

45. Ниркові набряки спочатку з'являються на :

- а) обличчі
- б) гомілках
- в) ступнях
- г) поперековій ділянці
- д) кистях рук

46. Ниркові набряки характеризуються:

- а) м'якістю, теплі на дотик, блідість шкіри
- б) ціанозом шкіри
- в) холодні на дотик
- г) щільністю при пальпації
- д) трофічними змінами

47. Головний чинник в патогенезі ниркових набряків:

- а) зниження клубочкової фільтрації
- б) зниження секреції антидіуретичного гормону
- в) підвищення проникності капілярів
- г) затримка натрію в організмі
- д) вторинний гіперальдостеронізм

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У дитини віком 1 рік, яка другий день хворіє, кашель гавкаючий, голос захрип, вночі

з'явилась задишка за участю допоміжних м'язів в акті дихання, блідість шкіри. Периоральний

ціаноз.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан дитини.

Виявити проблеми (пояснити причини виникнення кашлю і задишки),
встановити

медсестринські діагнози.

Надати невідкладну долікарську допомогу сімейною медсестрою в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Ввести внутрішньом'язово літичну суміш.

- Накласти зігрівальний компрес на грудну клітку.

2. Пацієнтка М., 16 років, поступила в терапевтичне відділення на третій день захворювання

зі скаргами на сухий кашель, дряпання в горлі, температуру до 38,2°C, біль у грудях при кашлі.

Пульс 70 уд. за хв., АТ 120/70 мм рт.ст. На рентгенограмі підсилення легеневого малюнка, під

час аускультції – в легенях сухі хрипи.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення кашлю, медсестринський підхід сімейної медсестри до вирішення

проблем пацієнта в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Пояснити правила збирання харкотиння для бактеріологічного дослідження.

- Продемонструвати техніку підшкірної ін'єкції.

3. Дитина віком 4 роки захворіла раптово: з'явився сухий кашель, свистячий видих, який чути

на відстані, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причини виникнення задишки),

встановити медсестринські діагнози, пояснити причини виникнення кашлю, медсестринський

підхід сімейної медсестри до вирішення проблем пацієнта в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Подати кисень через кисневу подушку і носові катетери.

- Вести внутрішньом'язово розчин еуфіліну.

4. У пацієнта після перенесеної ГРВІ погіршився стан: почастишали напади ядухи, посилювся

кашель з утрудненим виділенням харкотиння. Виражена задишка в спокої. Дифузний ціаноз

шкірних покривів . ЧД – 30 за 1 хв., дистанційні хрипи.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причини виникнення задишки і кашлю),

встановити медсестринські діагнози, пояснити причини виникнення кашлю, медсестринський

підхід сімейної медсестри до вирішення проблем пацієнта в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Продемонструвати в/в крапельне введення розчину гідрокортизону.

- Підготувати пацієнта до лікувальної бронхоскопії (лаважу бронхів).

5. Хворий В., 37 років, звернувся в поліклініку зі скаргами на загальну слабкість, нездужання,

підвищену втомлюваність, зниження працездатності, підвищення температури тіла, кашель з

виділенням слизово-гнійного харкотиння, задишку. Погіршення стану настало 5 днів тому.

Хворіє протягом 5 років, загострення виникають періодично і часто пов'язані з

переохолодженням. Слизово-гнійне харкотиння виділяється при загостреннях кілька місяців

підряд в помірній кількості. Хворий палить 20 років по 1 пачці сигарет на добу.

О'єктивно: температура 37,5°C. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Перкуторний звук

над легеньми ясний. Дихання ослаблене, з обох сторін визначаються різнокаліберні вологі

хрипи. ЧДР 22 за 1 хв. Тони серця ясні, ритмічні, ЧСС 72 уд. за хв., АТ 120/80 мм рт.ст.

Абдомінальної патології не виявлено.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення кашлю, медсестринський підхід сімейної медсестри до вирішення

проблем пацієнта в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Виконати в/м ін'єкцію.

- Продемонструвати техніку постановки гірчичників.

6. Пацієнт А., 28 років, скаржиться на кашель з виділенням «іржавого» харкотиння, біль у

грудній клітці справа, підвищену температуру тіла – 38,5°C, задишку, остуду, головний біль.

Захворів два дні тому після переохолодження. Пульс – 100 уд. за хв., число дихань – 35 за хв.,

АТ - 125/70 мм рт.ст. Під час акультції в легенях прослуховуються вологі хрипи і крепітація.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми (пояснити причини виникнення кашлю),

встановити медсестринські діагнози, медсестринський підхід сімейної медсестри до

вирішення проблем пацієнта в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Продемонструвати техніку постановки гірчичників на грудну клітку.

- Розвести пеніцилін і ввести в/м 500 000 ОД.

7. Пацієнта Т., 30 років, працівника цементного заводу протягом 6 місяців турбує підвищення

температури до 37,5°C вечорами, слабкість, покашлювання, зниження апетиту, холодні нічні

поти, незначний біль у грудях. Палить з дитинства, зловживає алкоголем. Вранці пацієнт

закашлявся і з рота з'явилась піниста яскраво-червона рідина, запаморочення. ЧД – 26 за 1 хв.

Пульс 96 за 1 хв. АТ – 80/60 мм рт.ст.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Продемонструвати техніку проби Манту.

- Підготувати пацієнта до взяття харкотиння на БК.

8. У пацієнта М., 34 років, з тяжкою вадою серця раптово виник напад ядухи змішаного

характеру, кашель з пінистим харкотинням рожевого кольору, серцебиття. Пацієнт

збуджений, неспокійний. Шкіра бліда з ціанозом, вкрита потом. Дихання клекочуче, шумне.

Частота дихань – 46 за хв. Пульс – 120 уд. за хв., аритмічний, слабкого наповнення.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Подати кисень з кисневої подушки через носові катетери.

- Підрахувати частоту дихальних рухів, зареєструвати в температурному листку.

9. На прийом до сімейного лікаря звернулась пацієнтка Р., 68 років, зі скаргами на стискаючий

біль за грудиною, який іррадіює в ліву руку, ліву лопатку, шию, плече. Болі з'явилися після

фізичного навантаження – працювала на дачній ділянці. Об'єктивно: хвора бліда, перелякана.

Пульс – 78 уд. за 1 хв., АТ 150/100 мм рт.ст.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення болю за грудиною.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в умовах амбулаторних

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Продемонструвати техніку постановки гірчичників на ділянку серця.

- Провести електрокардіографію.

10. Пацієнт Н., 58 років, відчув надзвичайно сильний стискаючий біль за грудиною, задишку.

Пацієнт не спав, пережив відчуття страху смерті. Потім настала різка слабкість, пітливість.

Пацієнт адинамічний, блідий, вкритий холодним липким потом, шкіра обличчя землисто-синюшного кольору. Пульс – 112 за хв., АТ – 70/30 мм рт.ст. Застосування коронарних засобів ефекту не дало.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення болю в грудях.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

- Продемонструвати техніку забору крові з вени для біохімічного дослідження.

- Визначити водний баланс, пояснити отриманий результат.

11. Пацієнтка Л., 65 років, перенесла інфаркт міокарда три роки тому. Турбіє постійна

задишка, котра посилюється під час незначних фізичних навантажень. Двічі був набряк

легенів, постійно набрякають ноги, неодноразово збільшувався живіт (асцит), який швидко

зменшувався після прийому діуретиків. Шкірні покриви бліді, виражений акроціаноз. ЧД – 30

за хв., пульс 100 уд. за хв., ритмічний, АТ – 140/90 мм рт.ст. Тони серця глухі. У нижніх

відділах легень застійні хрипи.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення набряків, медсестринський підхід у вирішенні проблем пацієнта в домашніх умовах.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Підготувати пацієнтку та оснащення для проведення абдомінальної пункції.
- Продемонструвати техніку введення газовивідної трубки.

12. Пацієнтка С., 52 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення під час ходи,

набряки на нижніх кінцівках і на обличчі. Хворіла гострими респіраторними захворюваннями

і перенесла якесь захворювання нирок, але не обстежувалась і не лікувалась. Пацієнтка бліда,

лице одутлувате, шкіра суха. Набряки на гомілках. Пульс – 93 уд. за хв., АТ – 170/110 мм рт.ст.

Тони серця ослаблені, живіт збільшений в об'ємі, печінка випинає на 3 см з-під краю реберної

дуги. В аналізі сечі: питома вага 1006, білок – 0,99 г/л, еритроцити 7-10 в полі зору, циліндри

гіалінові та зернисті.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення набряків, медсестринський підхід у вирішенні проблем пацієнта в

домашніх умовах.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.
- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Пояснити техніку збирання сечі за Зимницьким.
- Визначити пульс, графічно зобразити його.

13. Після введення пеніциліну пацієнту Н., 42 років, раптово виник щільний набряк шкіри і

підшкірної клітковини в ділянках губ, повік, щоках, носі, статевих органів. Утруднене

ковтання, охриплість голосу. Затруднений вдих, грубий надсадний кашель. Обличчя

ціанотичне, набухлі шийні вени.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення задишки та кашлю, медсестринський підхід у вирішенні проблем

пацієнта в домашніх умовах.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Продемонструвати в/в крапельне введення ліків.

- Провести пробу на чутливість до антибіотику.

14. Після забору крові в маніпуляційному кабінеті денного стаціонару підліток, при вигляді

крові раптово відчув слабкість, дзвін у вухах, нудоту, посилилось потовиділення, потемніло у

очах. Пацієнт зблід і впав, втративши свідомість. Шкірні покриви бліді, вкриті холодним

потом, кінцівки прохолодні. Дихання сповільнене, поверхневе. Пульс – 60 уд. за хв., АТ –

110/60 мм рт.ст.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози, пояснити

причини виникнення задишки, медсестринський підхід у вирішенні проблем пацієнта в

домашніх умовах.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Продемонструвати техніку заповнення і подачі грілки.

- Провести оксигенотерапію.

15. У хворої М., 36 років, після прийняття жарознижувального засобу різко знизилась

температура з 39,6°C до 35°C, хвора бліда, вкрита краплями поту, риси обличчя загострені.

Пульс – 92 уд. за 1 хв., слабкого наповнення, АТ – 80/50 мм рт.ст.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в домашніх умовах.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Продемонструвати п/шк введення кордіаміну.

- Пояснити догляд за пацієнтом в різні стадії гарячки членам родини.

16. У пацієнта К., 52 років, після введення ампіциліну в денному стаціонарі сімейної

поліклініки з'явилась раптова слабкість, запаморочення, холодний піт, біль під грудьми,

блювання. Через три хвилини пацієнт втратив свідомість. Шкіра бліда, ціаноз губ. Пульс –

ниткоподібний, 100 уд. за хв., АТ – 70/40 мм рт.ст. Живіт здутий.

Що з пацієнтом?

- Оцінити стан пацієнта. Виявити проблеми, встановити медсестринські діагнози.

- Надати невідкладну долікарську медичну допомогу в амбулаторних умовах.

- Участь сімейної медсестри в програмі обстеження пацієнта.

Подальша тактика сімейної медсестри в роботі з пацієнтом та його родиною.

- Продемонструвати техніку проведення діагностичної проби на чутливість до антибіотиків.

- Продемонструвати техніку визначення пульсу, його характеристика.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

НАПАД БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Надати положення з нахилом тулуба вперед і опорою на руки - ортопное.
- Оксигенотерапія зволоженим киснем.
- Перкусійний масаж грудної клітки.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- β -адреностимулятори:
 - сальбутамол 2 вдихи або
 - ветолін небули через інгалятор
- Інгаляційні глюкокортикостероїди:
 - дексаметазон 8-16 мг в/в
 - беклометазон або будесонід 200-500 мкг/добу або флутиказол 100-250 мкг/добу
- Інгаляційні β 2-агоністи пролонгованої дії: сальметерол 50-100 мкг/добу
- Еуфілін 2,4% 10 мл у 100 мл 0,9% р-ну натрію хлориду в/в краплинно
- Теофіліни пролонгованої дії: неофілін 400-600 мг/добу
- Інгаляційні холінолітики: іпратропіума бромід або окситропіуміума бромід, тіотропіума бромід

Якщо напад продовжується:

- Відміна інгаляційних β 2-агоністів
- Преднізолон 60-90 мг в/в струминно з послідуєчим крапельним введенням до 120-300

мг/добу або гідрокортизон 125-300мг в комбінації з дексаметазоном 4-8 мг в/в

краплинно кожні 6 годин.

- Еуфілін 2,4% 10 мл в 100 мл ізотонічного розчину натрія хлориду в/в краплинно.
- Амброксол 4-6 мл в/в або в/м, або через небулайзер 2мл 2-3 рази в день.
- Інфузійна терапія:
 - натрію хлориду 0,9% розчин 500 мл в/в
 - розчин Рінгера 200-400 мл в/в краплинно
 - «Ацесоль» 7-10% маси тіла в/в струминно
 - реополіглюкін 200-400 мл в/в краплинно
- Для боротьби з метаболічним ацидозом: натрія гідрокарбонат 4% 200 мл в/в краплинно
- За показаннями (розвиток правошлуночкової недостатності, набряк легень або мозку, різке зниження діуреза, СН II-III ст.) – діуретики: фуросемід 40-80 мг в/в струминно.
- Антикоагулянти: гепарин 20-25 тис. ОД/добу в/в; низькомолекулярні гепарини (еноксапарин (клесан) 20-40 мг (0,2-0,4 мл) п/ш 1 р/добу.
- Оксигенотерапія.
- Штучна вентиляція легень за показаннями.

III ЕТАП

1. Виконання призначень лікаря.
2. Контроль дихання, пульсу, АТ.
3. Навчити пацієнта самодопомозі при перших ознаках нападу бронхіальної астми.

НАПАД СТЕНОКАРДІЇ

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Покласти пацієнта з піднятою злегка головою.

- Забезпечити доступ повітря (відчинити вікно, розстебнути верхній одяг тощо).
- Нітрогліцерин 1-2 таблетки під язик або 1-2 дози спрею 0,4-0,8 мг
- Молсидомін 1-2 мг (1/2 таб. сублінгвально) при непереносимості нітратів.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Анальгін (метамізол натрію) 50% 1-2 мл в/в.
- При відсутності ефекту – допомога як при інфаркті міокарда.

III ЕТАП

- Госпіталізація хворого, якщо це сталося за межами лікарні.
- Контроль ЕКГ, АТ, пульсу.
- Дотримання режиму та дієти.
- Виконання призначень лікаря.
- Максимальне щадіння психіки хворих.

ІНФАРКТ МІОКАРДА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.
- Обмежити фізичне навантаження.
- Забезпечити повний психологічний спокій, не дозволяти пацієнту самотійно

пересуватись.

- Оксигенотерапія (інгаляцію зволженим киснем проводити за допомогою маски або

через носовий катетер зі швидкістю 3-5 л/хв).

- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Нітрогліцерин під язик у таблетках (0,5-1,0 мг) або в аерозолі (1-2 дози або 0,4-0,8 мг)

повторювати прийом кожні 5-10 хв. під контролем АТ.

- У випадку важкого больового синдрому 2,0 мл 1% розчину нітрогліцерину розводять

в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду або 5% розчину глюкози *ex tempore* (концентрація 100 мг/мл) в/в крапельно під постійним контролем АТ та ЧСС—

початкова швидкість 2-4 краплі/хв. (мах -30 крапель/хв.)

- Ацетилсаліцилова кислота АСК (якщо пацієнт її самостійно не приймав до приїзду

бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги) розжувати 160- 325 мг.

- При протипоказаннях до застосування АСК клопідогрель 300 мг всередину.

- -адреноблокаторам (пропранолол, есмолол, метопролол)

- Наркотичні анальгетики:

-морфін – дробно по 2-5 мг кожні 5-15 хв до припинення больового синдрому та задухи

або появи побічної дії (гіпотензії, пригнічення дихання, нудоти).

- У разі відсутності наркотичних анальгетиків, можливе застосування ненаркотичних анальгетиків (метамізол натрію) з діазепамом, в/в повільно.

- Для підвищення АТ – допаміну в/в крапельно зі швидкістю 2-10 мкг/кг/хв. під

контролем ЧСС та АТ, може поєднуватися добутаміном в/в крапельно, 2,5-5 мкг/кг/хв.

- При психомоторному та емоційному збудженні – транквілізатори (діазепам).

ТРОМБОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ

- Стрептокіназа: 1,5 млн. ОД стрептокінази в 100 мл фізіологічного розчину протягом

30-60 хвилин, в/в

- Альтеплаза –15 мг препарату з наступною інфузією 0,75 мг/кг протягом 30 хвилин (не

більше 50 мг) та 0,5 мг/кг до 35 мг дози, яка залишилась (загальна доза 100 мг)

протягом наступних 60 хвилин на фоні паралельної інфузії гепарину, яка не закінчується і після введення.

- Тканинний активатор плазміногену (тенектеплази): внутрішньовенно болюсно

протягом 10 секунд.

- Гепаринотерапія

- Нефракціонований гепарин внутрішньовенний болюс 60 ОД/кг. маси тіла (мах доза

4000 ОД)

- Еноксапарин в/в болюс 30 мг, через 15 хвилин п/ш 1 мг/кг кожні 12 годин..

- Фондапаринукс 2,5 мг в/в болюсно, далі п/ш в дозі 2,5 мг 1 раз на добу.

III ЕТАП

1. Обов'язкова госпіталізація хворого.

2. Контроль АТ, ЧДР, пульсу.

3. Виконання призначень лікаря.

4. Строгий постільний режим.

5. Контроль діурезу та водного балансу.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Вирішення проблем пацієнта сімейною м/с при найпоширеніших захворюваннях внутрішніх

органів: скласти план м/с втручань при кашлі, задишці, ядусі, болю у грудній клітці, болю

голови, закрепах, набряках, враховуючи причини появи проблеми та вікові особливості.

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ ПМК № 1:

1. До сімейної медичної сестри звернувся пацієнт зі скаргами на виражену задишку із

утрудненим видихом, кашель нападоподібний з виділенням тягучого склоподібного

мокротиння. Яка основна проблема пацієнта?

А Кровохаркання

В Сухий кашель

С Виражена задишка із утрудненим видихом

Д Біль у грудній клітці

Е Виділення мокротиння

2. На диспансерному обліку дільниці сімейної медицини знаходиться пацієнтка із хронічною

серцевою недостатністю. Їй призначено вимірювання водного балансу. Що визначає це

обстеження?

А Кількість сечі виділеної за добу

В Кількість рідини, що випила хвора за добу

С Співвідношення між денним та нічним діурезом

Д Співвідношення між спожитою рідиною та виділеною сечею за добу

Е Співвідношення між вжитою та виділеною рідиною за 12 годин

3. На дільницю сімейної медицини звернувся пацієнт із скаргами на інтенсивний стискаючий

біль за грудиною, що віддає у ліву лопатку. Медсестра заспокоїла хворого, дала під язик

нітрогліцерин, викликала лікаря. До якого дослідження слід підготувати пацієнта з метою

підтвердження діагнозу?

А Електрокардіографії

В Рентгенографії органів грудної клітки

С УЗД серця

D Загального аналізу крові

E Біохімічного аналізу крові

4. При проведенні первинної профілактики ревматичної лихоманки сімейна медична

сестра в першу чергу повинна звертати увагу на осіб, які:

A Перенесли оперативне втручання

B Часто хворіють на ГРВІ

C Хворіють на виразкову хворобу шлунку

D В дитинстві перенесли рахіт

E Мають високий рівень артеріального тиску

5. Проводячи медсестринське обстеження пацієнта необхідно з'ясувати стан здоров'я

родичів. Які захворювання системи крові є генетично зумовленими?

A Залізодефіцитна анемія

B Геморагічний васкуліт

C B12-фолієводефіцитна анемія

D Хронічні хвороби печінки

E Гемофілія

6. Дільнична медична сестра проводить групування диспансерного контингенту. До якої

диспансерної групи належать здорові люди, які не скаржаться і не мають об'єктивних ознак

хвороби на час обстеження та не хворіли в минулому:

A Третя

B Четверта

C Друга

D П'ята

E Перша

7. До сімейної медичної сестри звернувся пацієнт 70 років з неоперабельною формою раку

легень, який запитав чи можна йому провести евтаназію, оскільки знає, що він безнадійно

хворий. Медична сестра відповіла, що в Україні евтаназія:

А Заборонена

В Дозволена

С Кожен медичний працівник вирішує питання самостійно

Д Дозволена для безнадійно хворих

Е Дозволена у разі згоди родичів

8. Жінка 35 років, яка проживає у гірському районі, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами

на потовщення і тиск в ділянці ший, утруднене ковтання, захриплість голосу, загальну

слабкість. Яке захворювання можна запідозрити?

А Гіпотиреоз

В Дифузний токсичний зоб

С Рак щитовидної залози

Д Ендемічний зоб

9. Жінка, 28 років, знаходиться на диспансерному обліку з діагнозом: хронічний гастрит типу

А. Звернулася до сімейної медсестри, щоб їй порекомендувати лікувальну мінеральну воду.

Яка мінеральна вода найбільш доцільна в даному випадку?

А Свалява

В Миргородська

С Лужанська

Д Поляна Квасова

Е Боржомі

10. Чоловік, 62 років, який хворіє на гіпертонічну хворобу, для зміцнення здоров'я вирішив

зайнятися бігом. Яку найбільш доцільну пораду дасть сімейна медсестра у даному випадку?

А Ходьба, прогулянки

В Біг до 600 м

С Марафонський біг

Д Біг до 300 м

Е Біг до 500 м

11.Хвора на жовчокам'яну хворобу поцікавилась у сімейної медичної сестри, де проходять

санаторно-курортне лікування пацієнти з таким діагнозом:

А Ялті

В Хмільнику

С Трускавці

Д Солотвині

Е Кисловодську

12.Ви сімейна медична сестра, вкажіть який з перелічених методів обстеження є найбільш

інформативним в діагностиці раку легенів:

А Спірографія

В УЗД

С Пневмотахометрія

Д Бронхоскопія з біопсією

Е—

13.До медичної сестри звернувся пацієнт за порадою - якого дієтичного столу дотримуватись

при хронічному гломерулонефриті?

А No1

В No11

С No5

Д No7

Е No15

14. До сімейної медичної сестри звернувся пацієнт, якому встановили діагноз: “Атеросклероз.

Гіпертонічна хвороба II ст.”, з питанням щодо дієти. Який дієтичний стіл Ви порекомендуєте

хворому?

A No1

B No7

C No5

D No10

E No4

15. Сімейна медична сестра проводить бесіду з пацієнтом по профілактиці атеросклерозу. Що

порекомендує медична сестра для зменшення рівня холестерину в крові?

A Боротьбу з палінням

B Раціональне харчування

C Заняття фізичною культурою

D Зниження маси тіла

E--

16. Сімейна медсестра спостерігає за дитиною з гіпотрофією I ступеня в домашніх умовах. На

який показник повинна звернути увагу медсестра першочергово?

A Зріст дитини

B Форму грудної клітки

C Шкірні покрови

D Форму голови

E Масу тіла дитини

17. На першому етапі диспансеризації є групування диспансерного контингенту. До якої

диспансерної групи належать хворі з хронічними захворюваннями в стадії компенсації?

A II

B I

C III

D IV

E V

18. На першому етапі сестринського процесу сімейна медсестра проводить обстеження

пацієнта на інфаркт міокарда . Де буде локалізуватися біль при типовій формі?

A За грудиною

B В правій половині грудної клітки

C В епігастрії

D В лівому підребір'ї

E В правому підребір'ї

19. Сімейна медсестра при проведенні II етапу сестринського процесу у пацієнта з серцевою

астмою формулює та класифікує проблеми . Яка проблема буде пріоритетною ?

A Утруднене дихання

B Задишка

C Вологий кашель

D Біль в грудній клітині

E Напад ядухи

20. Медсестрі сімейної дільниці за призначенням лікаря необхідно провести пацієнту

реакцію Манту. Для цього використовують:

A Туберкулін

B Вакцину БЦЖ

C Вакцину АКДП

D Фтивазид

Е Ізоніазид

21.Медична сестра сімейної дільниці пояснює пацієнту з ішемічною хворобою серця, у якого

періодично виникають напади стенокардії, про необхідність і правила прийому

нітрогліцерину та можливі побічні дії:

А Нудота, блювання

В Головний біль, шум у голові

С Порухення випорожнень

Д Біль у животі

Е--

22.Які заходи виконує медична сестра при здійсненні першого етапу диспансерного

обслуговування населення?

А Санітарно-оздоровчі заходи

В Проведення комплексу лікування

С Санація осередків хронічної інфекції

Д Санітарно-освітня робота

Е Відбір контингентів для диспансеризації

23.Сімейна медсестра дає пораду пацієнту з атеросклерозом щодо дієтичного харчування. Яка їжа повинна бути рекомендована у цьому випадку?

А Молочно-рослинна

В З підвищеним вмістом білків

С З підвищеним вмістом жирів

Д З підвищеним вмістом вуглеводів

Е З підвищеним вмістом кухонної солі

24.Пацієнтка К., при відвідуванні її вдома сімейною медсестрою, повідомила, що після

переохолодження у неї з'явилися головний біль, озноб, температура підвищилась до 37,8 С.

Які незалежні медсестринські втручання необхідно виконати сімейній медсестрі?

А Дати міцний чай або каву

В Рекомендувати висококалорійну їжу

С Дати жарознижувальні препарати

Д Накласти гірчичники на грудну клітку

Е Тепло вкрити і дати гарячі напої Дати міцний чай або каву

25. В сімейну амбулаторію звернулась молода жінка, яка скаржиться на спрагу, поліурію,

сухість та свербіж шкіри, схильність до гнійничкових захворювань, підвищення апетиту. До

якого найбільш інформативного дослідження за призначенням лікаря медсестра проведе

підготовку пацієнтки?

А Біохімічного аналізу крові

В Аналізу крові на цукор

С Загального аналізу крові

Д Загального аналізу сечі

Е Визначення добового діурезу

26. Сімейний лікар після проведення клінічного обстеження та оцінювання додаткових методів

обстеження діагностував у хворого виразкову хворобу. Яку медичну документацію повинна

заповнити сімейна медсестра на диспансерного хворого?

А Контрольну карту диспансерного спостереження (Ф-030/о)

В Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (Ф-058/о)

С Карту профілактичних щеплень (Ф-063/о)

Д Санаторно-курортну карту (Ф-072/о)

Е Довідку про тимчасову непрацездатність (Ф-095/о)

27. Сімейна медична сестра здійснила патронаж до пацієнта 40р. на гіпертонічну хворобу.

Провела медсестринське обстеження і виявила чинники виникнення захворювання. Які чинники ризику відносяться до ендогенних?

А Паління

В Психоемоційні стреси

С Обтяжена спадковість

Д Надмірна маса тіла

Е Гіподинамія

Практичне заняття №5

Тема заняття: Гострі хірургічні захворювання органів травлення в практиці сімейної медицини

Результати компетентнісного навчання:

➤ Фахові компетенції:

❖ Знання: - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ Застосування знань – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

- Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Неси професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

9. Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

10.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Сімейна медсестра як помічник сімейного лікаря проводить на дільниці велику роботу.

Вона має добре знати патологію органів травлення, її етіологію, чинники ризику, клінічні

ознаки, профілактику, диспансеризацію, вікові аспекти захворювань. Сімейна медсестра

повинна пам'ятати, що хронічний гастрит – поширене захворювання органів травлення від

якого страждає близько 20-30% дорослого населення планети. З поміж усіх захворювань

шлунка на ХГ припадає 80-85%. ХГ – є тлом для розвитку чисельних ускладнень

(виразкової хвороби, раку шлунка). Виразкова хвороба зустрічається в 10-15% населення

світу і є серйозною соціальною проблемою сучасної медицини, хронічний холецистит є у

10-15% населення розвинутих країн світу. Частота хронічного панкреатиту серед

захворювань ШКТ становить 6-9%, за останні 30 років частота зросла більш ніж у 2 рази,

він “помолодів” від 50 до 39 років.

Зважаючи на значну поширеність патології органів травлення сімейна медсестра має

проводити медсестринське обстеження, оцінювати стан тяжкості пацієнта, знати

показання до лікування в амбулаторних умовах, до планової чи екстреної шпиталізації.

Біль у животі зустрічається надзвичайно часто в практиці сімейної медсестри й може

бути проявом багатьох захворювань як терапевтичного, так і хірургічного профілю.

Гострий біль у животі є вкрай загрозливим симптомом, що може призвести до перитоніту

і смерті пацієнта при несвоєчасному оперативному втручанні. Тому сімейна медсестра в

умовах амбулаторії або вдома повинна добре знати цю патологію, щоб вчасно запідозрити

та шпиталізувати пацієнта, надавши необхідну долікарську медичну допомогу.

Шлунково-кишкові кровотечі трапляються в практиці сімейного лікаря і сімейної

медсестри нерідко і становлять загрозу для життя пацієнта, вимагають швидкої

професійної тактики з боку медсестри, вчасної діагностики, шпиталізації. Сімейна

медична сестра повинна знати причини болю в животі й кровотеч для проведення

ефективної профілактики гострих хірургічних захворювань і шлунково-кишкових кровотеч.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі. М/с обстеження пацієнтів з патологією органів травлення (гастрити, виразкових хвороб, холецистити, панкреатити, коліти)

2. Оцінювання стану пацієнта при виявленні гострої хірургічної патології (гострий

живіт, апендицит, холецистит, панкреатит, перфоративна гастро-дуоденальна виразка, кишкова непрохідність)

3. Виявлення проблем пацієнтів з різною патологією та складання плану м/с втручань.

4. Участь м/с в обстеженні пацієнтів. Підготовка та взяття матеріалу

5. Надання невідкладної долікарської допомоги при гострих станах (гострому животі,

жовчній коліці, шлунково – кишковій кровотечі)

6. Реалізація лікувальних та реабілітаційних заходів при патології травної системи в

практиці сімейної медицини

7. Проведення диспансерного спостереження за пацієнтами. Ведення медичної та м/с

документації.

8. Правила техніки безпеки та охорона праці під час взяття біоматеріалу, проведення

інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтам.

Синдром «гострий живіт» застосовують, коли не вдається встановити точний діагноз

гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини.

Симптоми гострого живота:

- раптова поява болю в животі;
- нудота і блювання;
- затримка випорожнень і припинення відходження газів;
- обмежене або поширене напруження м'язів передньої черевної стінки;
- позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга.

Для диференційної діагностики велике значення має ретельний збір анамнезу та аналіз

больового синдрому: характер болю, іррадіація, причини, що призвели до його виникнення,

наявність диспепсичних явищ, тощо.

При розвитку у пацієнта клінічної картини гострого живота необхідна негайна його

госпіталізація у хірургічне відділення. При цьому категорично заборонено введення

знеболювальних засобів, антибіотиків, спазмолітиків, застосування грілки, постановка клізм.

Уточнювати діагноз в умовах дільниці сімейної медицини є нераціональним і призведе до втрати часу.

Причин болю в животі вкрай багато. Їх можна розділити в залежності від захворювання та

патологічного процесу:

1. Синдром запалення (гострий апендицит, гострий холецистит, тощо):

- поступовий початок;
- постійний біль;
- пасивна поведінка пацієнта;
- підвищення температури тіла, симптоми інтоксикації;
- нудота, блювання;
- біль при пальпації в залежності від локалізації процесу;
- пізніше позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга.

2. Синдром перфорації (виразкова хвороба шлунка, ДПК, рак):

- гострий початок;
- біль вкрай сильний – «кинжальний», посилюється при рухах хворого;
- положення вимушене з приведеними до живота стегнами;
- нудота, блювання;
- живіт дошкоподібний, різкий біль при пальпації, відсутність перистальтики (аускультативно – «гробова тиша»;
- шкіра блідо-сірого кольору, вкрита потом, акроціаноз;
- тахікардія, пульс частий, малого наповнення;
- пізніше підвищується температура тіла, стає позитивним симптом Щоткіна – Блюмберга.

3. Синдром непрохідності (защемлена грижа, гостра непрохідність):

- початок гострий;
- біль нападоподібний, дуже інтенсивний;
- хворі збуджені, займають різні положення для полегшення стану;
- постійне блювання;
- затримка випорожнень і газів
- позитивний симптом Валя (асиметрія живота, роздуті петлі кишківника, при пальпації – шум «плескоту»;

- позитивний симптом Склярова – аускультативно «шум падаючої краплі».

ХГ типу В, виразкова хвороба (пептична виразка)

Особливості виявлення патології (включає низку «малих» синдромів):

А) больовий

Характер болю: сильний біль в епігастрії (розриваючий, стискаючий, пекучий, ниючий,

пов'язаний з прийомом їжі (особливо гострої).

Час появи болю різний : одразу після вживання їжі або ч/з 15 хв. – виразка кардіальної

частини шлунка, 30-45 хв. – виразка тіла шлунка, до 1 год. виразка пілоричної частини –

ранній біль.

Біль ч/з 1,5 – 4 год., голодний нічний – пізній біль – виразка 12 ПК.

Загострення – весна-осінь.

Формула Мойнігейма: їжа-біль-спокій – виразка шлунка (сітофобія)

біль-їжа-спокій – виразка 12ПК

При ВХ біль періодичний, чіткий зв'язок з прийомом їжі. Пацієнт чітко вказує локалізацію

болю.

ХГ В: біль тривалий, часто натще, помірної інтенсивності, охоплює епігастрій.

Полегшення настає після прийому натрію гідрокарбонату, антацидів, спазмолітиків,

застосування тепла (біль пов'язаний з рефлексним пілороспазмом)

Б) синдром шлункової диспепсії: печія, відрижка кислим, рідко блювання, яке приносить

полегшення, апетит збережений

В) синдром кишкової диспепсії: схильність до закріпів.

Г) астено-вегетативний синдром (внаслідок гіпертонуса вагуса): збудливість, дратівливість, схильність до брадикардії, гіпотонії, гіпергідроз долонь, слинотеча,

порушення сну.

ХГ типу А, рак шлунка.

А) больовий: відчуття тяжкості, розпирання в надчеревній ділянці, посилюється в

положенні стоячи (ХГА)

Б) синдром шлункової диспепсії: відрижка повітрям (пуста), при ахілії з запахом тухлих

яєць, апетит знижений.

В) синдром кишкової диспепсії: нестійкі випорожнення (проноси/закрепи), переважання

проносів свідчить про ахілію, метеоризм, поява ЗДА, пацієнт худне (проноси) – синдром

мальабсорбції. Це передраковий стан!

Г) астено-вегетативний синдром: слабкість, млявість, зниження працездатності.

Патологія гепатобіліарної системи

Больовий синдром: біль в правому підребер'ї, тупий, ниючий (пат. печінки), періодичний,

після вживання жирної та смаженої їжі (хр. холецистит), інтенсивний переймоподібний

(жовчна колька). Біль іррадіює в праве плече, шию, лопатку. Оперізуючий біль (хрон.

панкреатит)

Диспептичний синдром: гіркота в роті, відрижка гірким, нудота, блювання жовчю,

метеоризм, закреп/проноси

Гепатолієнальний синдром: тупий біль в лівому підребер'ї (збільшення селезінки), в

правому підребер'ї (збільшення печінки)

Синдром портальної гіпертензії: асцит, голова Медузи, варикозне розширення вен ШКТ

(пот.проб. – кровотечі)

Синдром печінкової недостатності: має 4 стадії, внаслідок ендогенної інтоксикації

аміаком та ін. токсинами уражаються всі органи та системи: печінкова енцефалопатія,

наростають диспептичні явища, жовтяниця, геморагічний діатез.

Закінчується печінковою

комою (гепатаргією)

Жовтяничний синдром: іктеричність склер, слизових та шкірних покривів, свербіж,

розчухи (потенційна проблема – піодермії)

Хронічний панкреатит

Синдром зовнішньо -секреторної недостатності підшлункової залози: призводить до

синдрому мальабсорбції (мальдигестії) через ферментативну недостатність.

Проявляється

диспепсіями: бродильною (здуття, бурчання, пінистий кал, амілорея), жировою (закрепи,

важкість, стеаторея), гнильною (здуття, креаторея). На останній дистрофічній стадії –

ЗДА, гіповітаміноз, кахексія.

Синдром шлунково-кишкової кровотечі: причини (виразкові - виразкова хвороба,

ерозивний гастродуоденіт, виразковий коліт; невиразкові - рак шкт, варикозно розширені

вени стравоходу, шлунка, прямої кишки, геморагічні захворювання, гемобластози);

прояви: блювання кавовою гущею, мелена, с-ми ГСН (постгеморагічний колапс)

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Біль у животі: основні причини, чинники ризику, характер болю, локалізація,

іrrадіація, зв'язок з прийомом їжі.

2. Нозології, які супроводжуються болем у животі.

3. Гострий живіт: визначення, класифікація нозологій (гострий апендицит, панкреатит,

холецистит, перфоративна гастродуоденальна виразка, непрохідність кишки, вікові

аспекти).

4. Хронічний гастрит, виразкова хвороба, хронічний холецистит, хронічний панкреатит, хронічний коліт – сучасні погляди на етіологію, чинники ризику.

5. Класифікація, клінічні ознаки.

6. Особливості перебігу в пацієнтів різного віку.

7. Сучасні методи діагностики.

8. Ускладнення, їх профілактика, етапи реабілітації.

9. Принципи лікування, лікувальне харчування.

10. Профілактика, диспансеризація, участь сімейної медсестри в її проведенні.

11. Біль у животі у немовлят. Диспепсії. Гастроетероколіт.

12. Шлунково – кишкові кровотечі: визначення, причини.

13. Виразкові та не виразкові шлунково – кишкові кровотечі.

Постгеморагічний

синдром. Вікові аспекти.

14. Участь сімейної медсестри в діагностиці, тактика сімейної медсестри у вирішенні

проблем пацієнта в домашніх умовах.

15. Невідкладна долікарська медична допомога на догоспітальному етапі.

16. Роль сімейної медсестри в профілактиці гострих хірургічних та хронічних захворювань органів травлення і шлунково-кишкових кровотеч на дільниці.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У хворого спостерігається раптова поява інтенсивного болю в животі, блювання,

напруження м'язів черевної стінки. Сімейна медична сестра запідозрила синдром гострого

живота. Які її подальші дії?

А Дати но-шпу

В Ввести внутрішньом'язово анальгін

С Дати грілку

Д Терміново повідомити лікаря

Е Ввести внутрішньовенно баралгін

2. Сімейна медсестра обстежує пацієнта з підозрою на гострий живіт. Які симптоми

вказують на цю патологію?

А Біль у животі, брадикардія

В Біль, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга

С Блювання у вигляді «кавової гущі», дьогтьоподібні випорожнення

Д Блювання, пронос, підвищення температури тіла

Е Порухення відходження газів, відсутність випорожнення

3. Сімейна медична сестра, проводячи обстеження пацієнта літнього віку зі схильністю до

закрепів, запідозрила непрохідність кишок. Які ознаки вказують на цей стан?

А Підвищення температури тіла, пронос

В Дьогтьоподібні випорожнення

С Криваве блювання, пронос

Д Затримання випорожнень та газів, блювання

Е –

4. Сімейна медсестра бере участь в обстеженні пацієнта на хронічний панкреатит. До якого

обстеження його треба підготувати?

А Колоноскопії

В Фіброгастроскопії

С Дуоденального зондування

Д Холецистографії

Е Аналіз сечі на діастазу

5.Сімейний лікар призначив пацієнту дослідження калу на приховану кров. Які харчові

продукти необхідно виключити з раціону з метою підготовки до дослідження?

А Каші

В Солодощі

С Молоко

Д М'ясо

Е Чорний хліб

6.Пацієнтка скаржиться на сильний біль у правому підребір'ї з іррадіацією в праву

половину грудної клітки, шию, нудоту, блювання, гіркоту в роті. Скарги з'явилися після

вживання смаженої, жирної їжі. Пацієнтка бліда, язик сухий, температура 39-40 °С. Живіт

здутий, болючий при пальпації в правому підребір'ї, різко позитивні міхурові симптоми,

передня стінка живота малорухлива.

Яке захворювання можна запідозрити?

А Гострий панкреатит

В Гострий холецистит

С Виразкову хворобу шлунка

Д Жовчну кольку

Е Рак шлунка

7.У пацієнта з виразковою хворобою шлунка з'явилось блювання «кавовою гущею»,

серцебиття, загальна слабкість. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

А Кишкова кровотеча

В Легенева кровотеча

С Стравохідна кровотеча

Д Шлункова кровотеча

Е –

8.Сімейний лікар після проведення клінічного обстеження та оцінювання додаткових

методів обстеження діагностував у хворого виразкову хворобу. Яку медичну документацію

повинна заповнити сімейна медсестра на диспансерного хворого?

А Санаторно-курортну карту (Ф-072/о)

В Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (Ф-058/о)

С Карту профілактичних щеплень (Ф-063/о)

Д Контрольну карту диспансерного спостереження (Ф-030/о)

Е Довідку про тимчасову непрацездатність (Ф-095/о)

9.Пацієнт 35-ти років скаржиться на біль в епігастральній ділянці через 1 годину прийому

їжі, блювання, яке приносить полегшення, нудоту, печію. Встановлено діагноз: виразкова

хвороба шлунку. До якого обстеження підготує хворого сімейна медична сестра?

А ЕКГ

В Гастрофібродуоденоскопія

С Іригоскопія

Д Колоноскопія

Е Дуоденальне зондування

10.Жінка, 28 років, знаходиться на диспансерному обліку з діагнозом: хронічний гастрит

типу А. Звернулася до сімейної медсестри, щоб їй порекомендувати лікувальну мінеральну

воду. Яка мінеральна вода найбільш доцільна в даному випадку?

А Боржомі

В Свалява

С Лужанська

Д Поляна Квасова

Е Миргородська

11.Пацієнтка звернулась в сімейну поліклініку зі скаргами на періодичний біль в

надчеревній ділянці з іррадіацією праворуч та ліворуч, нудоту, блювання, слабкість.

Симптоми з'являються після прийому копченої, смаженої їжі. Відмічає нестійкі

випорожнення, непереносимість молочних продуктів, жирних страв. Яке дослідження

найбільш інформативне для встановлення діагнозу?

А Аналіз крові на цукор

В Багальний аналіз сечі

С Аналіз крові на амілазу, сечі на діастазу

Д Копрологічне дослідження

Е Аналіз калу на приховану кров

12.Сімейна медсестра бере участь в обстеженні пацієнта на хронічний панкреатит. До якого

обстеження його треба підготувати?

А Аналіз сечі на діастазу

В Фіброгастроскопії

С Дуоденального зондування

Д Холецистографії

Е Колоноскопії

13.Хвора на жовчокам'яну хворобу поцікавилась у сімейної медичної сестри, де проходять

санаторно-курортне лікування пацієнти з таким діагнозом:

А Ялті

В Хмільнику

С Трускавці

Д Солотвині

Е Соляногорську

14. Пацієнтка В., 52 р., хворіє на жовчно-кам'яну хворобу, у якої після порушення дієти

виникла інтенсивний біль у правому підребер'ї. Які засоби долікарської допомоги

допоможуть зменшити біль?

А Гірчичник на грудну клітку

В Міхур з льодом на праве підребер'я

С Грілка на ділянку правого підребер'я

Д Банки на грудну клітку

Е Ножні ванни

15. Сімейна медична сестра, навчаючи пацієнта методиці тюбажу (сліпого зондування),

рекомендує вживати натще один із жовчогінних засобів:

А Мінеральну воду без газу.

В Відвар ромашки.

С Розчин кальцію хлориду.

Д Розчин гідрокарбонату натрію.

Е Відвар подорожника.

16. У пацієнта з жовчнокам'яною хворобою виник інтенсивний біль у правому підребер'ї,

який іррадіює у праве плече, лопатку, нудота, повторне блювання. Це свідчить про:

А Жовчну кольку

В Гострий апендицит

С Ниркову кольку

Д Гострий панкреатит

Е Виразкову хворобу шлунка

17. У пацієнта підозра на жовчнокам'яну хворобу. Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення діагнозу?

А Іригоскопія

В Фіброгастродуоденоскопія

С Колоноскопія

Д рН –метрія

Е УЗД

18. Пацієнтці 40 років, з підозрою на хронічний холецистит сімейним лікарем призначено

дослідження жовчного міхура. До якого медичного обстеження сімейна медсестра

підготує пацієнтку?

А дуоденального зондування

В цистоскопії

С колоноскопії

Д ФГДС

Е іригоскопії

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Сімейній м/с пацієнт скаржиться на слабкість, біль голови, запаморочення, нудоту, блювання. Симптоми з'явилися через 4 години після вживання недоброякісної їжі.

Пацієнт блідий, холодний піт, язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, болючий в

епігастрії. Пульс – 90 уд. в хв., АТ – 100/60 мм. рт. ст. Легені і серце без особливостей.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

2. Пацієнт скаржиться с.м.с. на інтенсивний біль в епігастрії, який з'являється після

переїдання, особливо гострої їжі, вживання алкоголю, печію, кислу відрижку, рідко

блювання, схильність до закрепів, слинотечу, похолодіння, вологість кистей. Хворіє

близько 5 років, зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: пацієнт емоційно

збуджений, шкіра звичайного кольору, волога. Язик обкладений білим нальотом. Живіт

м'який, болісний в епігастральній ділянці. Пульс 60/хв., ритмічний, АТ 100/70 мм рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

3. Пацієнт, 32 років, скаржиться с.м.с. на біль в епігастральній ділянці, печію. Біль

турбує частіше через 30 – 40 хв. після прийняття їжі. На висоті болю виникає блювання,

яке різко зменшує або припиняє біль. Пацієнт худий, хоча апетит має добрий.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

4. Пацієнт Н., 24 р., скаржиться с.м.с. на біль в епігастральній ділянці, який виникає

через 1,5-2 години після прийому їжі, більше ввечері, іноді вночі, печію, схильність до

закрепів, підвищення апетиту. Пацієнт зниженого харчування. Язик не

обкладений, вологий. Живіт під час пальпації болючий в епігастрії. Пульс – 60 уд/хв.,

ритмічний, АТ – 170/80 мм рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить м\с? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. Хвора Б., 39 р., скаржиться с.м.с. на гострий «кинжальний» біль у животі, який

посилюється під час руху, сухість у роті. Захворіла раптово, після фізичного навантаження

на роботі, приблизно 2 години тому. Вдома випила таблетку анальгіну, але стан не

поліпшився. З анамнезу відомо, що у хворої виразка шлунку. Об'єктивно: обличчя бліде,

шкіра вкрита холодним потом, язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт

дошкоподібний, в акті дихання участі не бере, під час пальпації болючий в епігастральній і

правій здухвинній ділянці. Симптом Щоткіна-Блюмберга різко позитивний.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Надати НДМД на догоспітальному етапі

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після

стацлікування.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

6. Сімейна м.с. відвідує пацієнтку, 57 років, вдома. Скаржиться на слабкість, швидку

втому, задишку, серцебиття під час ходьби, запаморочення, шум у вухах , поганий апетит ,

утруднене ковтання їжі , бажання їсти крейду, нудоту , відрижку повітрям , « тухлими

яйцями » , відчуття розпирання, важкості в надчеревній ділянці , нестійкі фізіологічні

випорожнення. Хворіє близько одного року , коли стала помічати швидку втому ,

запаморочення. Значно схудла , наприкінці дня з'являються набряки на ногах . Ріст 165 см.,

маса тіла 52 кг., шкіра та слизові оболонки бліді , гомілки пастозні. Нігті на руках

деформовані , язик вологий , сосочки згладжені.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

7. Хворий, 57 років, на прийомі в сімейній поліклініці скаржиться на втрату апетиту, відразу від м'ясної їжі, відчуття тяжкості під грудьми , нудоту , адинамію , роздратованість . Хворіє близько місяця , коли став відмічати швидку втому , зниження

апетиту , схуднув на 5 кг . Пацієнт блідий , зниженого харчування , язик обкладений білим

нальотом . При пальпації живіт чутливий в епігастрії . В шлунковому вмісті – дефіцит

соляної кислоти , у калі – позитивна реакція на приховану кров .

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

8. Пацієнт, 44 років, скаржиться с.м.с. на загальну слабкість, почуття тяжкості в

правому підребер'ї, нудоту, схуднення . В анамнезі – перенесений вірусний гепатит типу В

. Об'єктивно: зниженого харчування , шкіра суха, іктеричність склер і шкіри. Набряків

немає. Язик білий, вологий. Живіт м'який , безболісний при пальпації , метеоризм . Печінка

виступає на 5 см з під реберної дуги, щільна , гладка . Пульс – 64 уд. в хв. , АТ – 115/60

мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в

животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

9. Пацієнт С., 38 років, скаржиться с.м.с. на загальну слабкість , відсутність апетиту ,

постійний ниючий біль в правому підребер'ї , в епігастрії, здуття живота , нудоту. Хворий

5 років тому переніс вірусний гепатит , зловживає алкоголем . Пацієнт блідий , зниженого

харчування . Склери іктеричні , шкіра суха , на ній « судинні зірочки » . Живіт збільшений

за рахунок асцити , печінка виступає з – під реберної дуги, горбкувата.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

10. Пацієнт, 42 р., скаржиться с.м.с. на нудоту, блювання, біль у правому підребер'ї,

поганий сон, знижену працездатність. Протягом останніх 2 років ці симптоми періодично

повторюються. Погіршення стану пов'язує з порушенням дієти: відчуває посилення болю,

появу гіркого присмаку у роті після вживання жирних, копчених, гострих страв. У

минулому нічим не хворів. Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки без змін. Пальпація

точки жовчного міхура болюча. Інші органи без патології. Пульс – 70 уд. за 1 хв., АТ –

120/80 мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

11. На виклику с.м.с. пацієнт В., 53 років, скаржиться на різкий, нестерпний, роздираючий нападоподібний біль в правому підребер'ї, що з'явився після вживання

жирної їжі та алкоголю. Біль іррадіює в праве плече, лопатку. Об-но: пацієнт блідий,

неспокійний, з'явилась іктеричність склер. Живіт здутий, напружений в правому підребер'ї,

позитивний симптом Ортнера.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Надати НДМД на догоспітальному етапі

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

12. Сімейна м.с. відвідує пацієнтку Ж., 48 років, вдома, в якій раптово з'явився

інтенсивний біль в правому підребер'ї з іррадіацією в праве плече, лопатку, шию, щелепу.

Біль триває декілька годин. Виник через 2 – 3 години після споживання жирної і гострої їжі.

У пацієнтки гарячка. Температура - 38,8°C, повторне блювання спочатку їжею, потім жовчю.

Об-но: пацієнтка лежить на правому боці. Склери іктеричні, язик сухий. Виражена

резистентність м'язів в ділянці правого підребер'я, різка болючість. Позитивні симптоми

Ортнера, Кера. Пульс – 104 уд. за 1 хв. АТ – 90/60 мм.рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Надати НДМД на догоспітальному етапі

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

13. Захворюваність на хронічний панкреатит складає 4-8 нових випадків на 100 000

населення в рік. Розповсюдженість від 25 до 30 на 100 000 населення.

Загальна кількість хворих на

ХП за останні 30 років в світі збільшилась в 2 рази. В Україні розповсюдженість захворювань

підшлункової залози (ПЗ) підвищилась на 10,3%, а захворюваність збільшилась на 5,9%. Правдиву

частоту розповсюдженості ХП встановити досить важко, бо діагностика, особливо в початкових

стадіях утруднена. Середній термін встановлення діагнозу ХП в залежності від етіології

захворювання коливається від 30 до 60 місяців. 1. Яке захворювання запідозрить

с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

14. Пацієнт А., 40 р., скаржиться на гострий біль в надчеребній ділянці і в лівому

підребер'ї оперізувального характеру, повторне блювання, спочатку їжею, потім жовчю,

здуття живота, затримку випорожнень і газів. Симптоми з'явилися після надмірного

вживання жирної їжі і споживання алкоголю. Шкіра і видимі слизові бліді, місцями ціаноз.

Температура - 38-39°C, пульс 100-120 за 1 хв., АТ – 80/50 мм рт. ст. Живіт помірно здутий

в надчеребній ділянці, там же відмічається різка болючість і ригідність черевної стінки,

зникнення пульсації аорти при пальпації.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Надати НДМД на догоспітальному етапі

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

15. Пацієнтка 40р., скаржиться с.м.с. на переймоподібні, інколи тупі, ниючі болі в

нижній частині живота, деколи в лівому підребер'ї, здуття живота, бурчання, нестійкі

випорожнення. Біль у животі наростає часто зранку, після сну перед позивом на дефекацію,

зменшується або припиняється після дефекації та застосування грілки.

Турбує слабкість,

швидка втомлюваність, порушення сну. Язик обкладаний сірим нальотом, живіт при

пальпації болючий по ходу товстої кишки, відрізки якої спазмовані.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину виникнення болю в животі.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

16. Пацієнт С., 70 р., скаржиться на сильний, раптовий, нападopodobний біль у

животі, переважно у лівій здухвинній ділянці, повторне блювання, здуття живота, затримку

випорожнень і газів. Шкіра бліда, пульс – 120 за 1хв., ЧД – 24 за 1 хв., язик сухий, живіт

нерівномірно здутий, пальпуються роздуті петлі сигмовидної кишки, над якою

визначається шум плеску. Пацієнта турбували закрепи, останні випорожнення 7 днів тому.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с? Пояснити причину виникнення болю в животі.
2. Надати НДМД на догоспітальному етапі
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

17. Пацієнт, 35 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення , « криваве »

блювання , яке з'явилося годину тому . Хворіє 5 років виразковою хворобою шлунка .

Лікувався стаціонарно в зв'язку з загостреннями , останній раз рік тому . Об'єктивно:

хворий блідий, шкіра волога . Число дихань – 22 в 1 хв., над легенями везикулярне дихання

. Тони серця глухі . Пульс – 110 уд. за хв., слабкого наповнення . АТ – 80/50 мм. рт. ст. Язик

обкладений білим нальотом. Живіт м'який, болючий в епігастрії .

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину кровотечі.
2. Надати НДМД на догоспітальному етапі
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

18. Ввечері після прийому «грубої» їжі з'явилося криваве блювання, після чого стан пацієнта погіршився: з'явився головний біль, безсоння, збудження. Розвинулись сонливість, нудота, блювання, втрата свідомості, посмикування м'язів обличчя та кінцівок.

Печінка зменшилась в об'ємі. З'явилися шкірні геморагії, повторні носові кровотечі, криваве блювання. Гіпертермія 39°C, затхлий солодкуватий запах з рота.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину кровотечі.
2. Надати НДМД на догоспітальному етапі
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

21. У пацієнта Р., 12 р., раптово з'явився біль спочатку в надчревній ділянці, а потім у правій здухвинній області, нудота, одноразове блювання, загальне недомогання.

Температура - 38-38,5°C, пульс 80 за 1 хв., пацієнт лежить на правому боці з приведеними

до живота ногами, язик сухий, обкладений. Пальпаторно в правій здухвинній ділянці –

напруження м'язів, болючість і позитивний синдром Щоткіна – Блюмберга, болючість посилюється в положенні на лівому боці.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину кровотечі.
2. Надати НДМД на догоспітальному етапі
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

ШЛУНКОВО-КИШКОВА КРОВОТЕЧА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.

- Надати хворому горизонтального положення на спині, голову повернути на бік.
- Міхур з льодом на епігастральну ділянку.
- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Дати пити ковтками суміш: амінокапронова к-та 5% 10 мл + 0,9% NaCl 200 мл
- Етамзилат натрію (дицинон) 12,5% 2-4 мл в/в або в/м
- Амінокапронова кислота 5% 100 мл в/в
- Вікасол 1% 5 мл в/м
- Хлорид кальцію 10% 10 мл в/в
- Плазмозамінники: реосорбілакт, реополіглюкін 400 мл в/в (1,5-2 л)
- Альмагель по 1-2 ч.л. перорально
- Кордіамін 25% 2 мл п/ш

III ЕТАП

- Транспортування в хірургічне відділення спеціалізованим транспортом.
- Постійний контроль АТ, пульсу.
- Визначити групу крові та резус-фактор (в тяжких випадках переливання крові).
- Догляд при блюванні (слідкувати за кольором блювотних мас і калу).
- Виконання призначень лікаря

ПЕЧІНКОВА (ЖОВЧНА) КОЛЬКА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Надати хворому зручного положення.
- Фізичний та психічний спокій, голод.
- На ділянку правого підребер'я прикласти грілку (або гаряча ванна на 30 хв.).

- При гострому холециститі – міхур з льодом на ділянку правого підребер'я.

II ЕТАП

- Підготувати і за призначенням лікаря ввести:
- Міотропні спазмолітики:
 - но-шпа 2 мл п/ш або дротаверін 2% 2,0 мл у 10,0-20,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в
 - папаверину гідрохлорид 2% 2,0 мл в/м
- Анальгетики:
 - аналгін 50% 2 мл в/м
 - дексетопрофен 50 мг п/ш
 - кеторолак 1,0 мл 3% р-ну в/м
- Комбіновані препарати:
 - баралгін 5,0 мл у 10,0-20,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в повільно
 - баралгетас 5,0 мл у 10,0-20,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в повільно.
- М-холінолітики:
 - атропіну сульфат 0,1% 0,8 мл п/ш
 - метацин 0,1% 1 мл п/ш
- Мотиліум 10 мг в/м – при блюванні
- За неефективності – наркотичні анальгетики:
 - морфіну гідрохлорид 1% р-н 1 мл п/ш, в/в,
 - омнопон 1% р-н 1 мл п/ш, в/м, в/в,
 - промедол 1% р-н 1 мл п/ш, в/м, в/в;

III ЕТАП

- Виконання призначень лікаря.
- Дотримання дієти.
- Слідкувати за кольором шкіри, сечею, стільцем (можливий розвиток механічної жовтухи).

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

I ЕТАП

- Викликати лікаря
- Холод на зону епігастральну ділянку.
- Голод до 3 діб, негазована мінеральна лужна вода («Боржомі», «Поляна Квасова»)

через кожні 2 год.

- Фізичний та психічний спокій.
- Встановлення на 1 добу назогастрального зонду (для евакуації шлункового вмісту).

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Анальгін 50% 2 мл в/м
- Баралгін 5 мл в/м або в/в повільно
- Міотропні спазмолітики:
 - дуспаталін 200 мг перорально двічі/добу
 - дротаверін 2 мл 2% р-ну в/м двічі/добу
- Промедол 1% 1 мл п/ш або в/в
- Зменшення набряку підшлункової залози:
 - - діакарб 250 мг натще перорально або
 - - фуросемід 40-80 мг натще перорально, або в/в струминно
- М-холінолітики:
 - гастроцепін 2,0 мл 0,5% в/м
 - атропіну сульфат 0,1% 0,8 мл п/ш
- H₂-блокатори:
 - фамотидин 40-80 мг/добу у 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в крап.
- Омепразол 20-40 мг/добу в/в струминно на 20,0 мл 0,9% р-ну NaCl
- Антацидні препарати перорально:
 - маалокс 1-2 ст. ложки
 - алмагель 1-2 ст. л.
- Ферментні препарати:

- - креон-10 000 2-3 капсули або мезим-форте 20 000 1-2 табл.

ІІІ ЕТАП

- Виконання призначень лікаря.
- Дотримання дієти.
- Лікування та дообстеження хворого в умовах хірургічного або гастроентерологічного стаціонару.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Здійснення м/с процесу при найпоширеніших захворювання органів травлення в практиці

сімейної медицини.

Рекомендації до написання рефератів:

Опрацювати тему та скласти реферати (або підготувати презентації) за наступним планом:

- визначення захворювання (синдрому)
- етіологія та патогенез хвороби (синдрому)
- клінічні форми та прояви захворювання (синдрому)
- перебіг хвороби, дійсні та супутні проблеми, шляхи їх вирішення
- потенційні проблеми, тактика сімейної медсестри при гострих станах
- діагностика захворювання, участь сімейної медсестри в її проведенні
- основні методи лікування, роль сімейної медсестри
- особливості догляду за пацієнтом сімейною медсестрою
- напрями первинної та вторинної профілактики на ділянці сімейної медицини

Тема заняття: Протиепідемічна робота, участь сімейної медичної сестри в її проведенні

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах

фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

11.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

12.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;

- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Епідемічний процес: Визначення та ланки

Епідемічний процес – це безперервна низка взаємопов'язаних випадків виникнення інфекційних захворювань серед населення. Його можна уявити у вигляді трьох ланок:

Джерело інфекції: Хвора людина, носій або інфікована тварина.

Механізм та шляхи передачі: Повітряно-крапельний, фекально-оральний, контактно-побутовий, трансмісивний тощо.

Сприйнятливий організм: Людина без імунітету до даного збудника.

Робота первинної медико-санітарної допомоги спрямована на розрив цих ланок:

Вплив на джерело: Ізоляція та лікування хворих.

Вплив на шляхи передачі: Дезінфекція, санітарна просвіта.

Вплив на сприйнятливий організм: Імунізація (вакцинація).

Загальні принципи протиепідемічної роботи сімейної медичної сестри

Сімейна медична сестра є епідеміологом первинної ланки, оскільки вона першою стикається з інфекційними хворобами на дільниці.

Принципи роботи:

Своєчасність: Чим раніше виявлено хворого та проведено заходи, тим менша ймовірність поширення.

Комплексність: Застосування всіх доступних методів (ізоляція, дезінфекція, вакцинація, санітарна просвіта).

Активність: Не очікувати звернень, а активно виявляти контакти та проводити патронаж у вогнищах.

Документування: Чітке та швидке оформлення всіх необхідних документів.

Виявлення, реєстрація та ізоляція інфекційних хворих

Виявлення:

Епідеміологічне анкетування: Збір інформації про пацієнта: коли захворів, де міг заразитися (поїздки, контакти), хто з родичів чи знайомих хворів.

Активний вихід: Обстеження контактних осіб у вогнищі інфекції.

Реєстрація:

При виявленні інфекційного захворювання (наприклад, кір, дифтерія, гостра кишкова інфекція) медична сестра негайно оформлює:

Екстрене повідомлення (форма 058/о): Передається до лабораторного центру МОЗ (санепідемстанції).

Запис у журналі обліку інфекційних захворювань.

Ізоляція:

Мета: Не допустити контакту хворого з іншими людьми.

Дії медичної сестри: Інформування пацієнта та його сім'ї про необхідність домашньої ізоляції до госпіталізації або до зникнення заразності.

Контроль: Спостереження за контактними особами протягом максимального інкубаційного періоду даної хвороби.

Організація дезінфекційних заходів

Дезінфекція – це знищення патогенних мікроорганізмів у навколишньому середовищі.

Поточна дезінфекція:

Проводиться постійно біля ліжка хворого, який перебуває вдома, до моменту його госпіталізації або одужання.

Роль медичної сестри: Навчання родичів хворого правилам:

Знезараження виділень (блювотні маси, фекалії).

Дезінфекція посуду, білизни, іграшок.

Регулярне вологе прибирання та провітрювання.

Використання окремого інвентарю та засобів захисту (маски, рукавички) під час догляду.

Заключна дезінфекція:

Проводиться одноразово після госпіталізації хворого, його переведення, або одужання, з метою повного знезараження приміщення та речей.

Роль медичної сестри: Складання заявки до дезінфекційної служби (для особливо небезпечних інфекцій) або інструктаж родичів щодо проведення самостійної заключної дезінфекції.

Імунопрофілактика – головний інструмент профілактики

Імунопрофілактика (вакцинація) є найефективнішим заходом проти епідемій, оскільки вона впливає на сприйнятливий організм.

Завдання сімейної медичної сестри:

Планування: Складання та контроль Календаря профілактичних щеплень для прикріпленого населення (особливо для дітей).

Вакцинація:

Контроль "холодового ланцюга": Забезпечення належного зберігання вакцин (температурний режим).

Огляд та допуск: Участь в огляді пацієнта перед щепленням (контроль температури, відсутність гострих симптомів).

Виконання: Правильне введення вакцини, дотримання дозування та місця введення.

Поствакцинальне спостереження: Надання рекомендацій щодо можливих реакцій та контроль стану пацієнта протягом 30 хвилин після щеплення.

Санітарна просвіта: Переконавання батьків та дорослих у необхідності вакцинації (подолання "антивакцинальних" міфів).

Протиепідемічна робота є невід'ємною та життєво важливою частиною практики сімейної медицини. Сімейна медична сестра, володіючи знаннями про епідемічний процес та принципи його розриву, виконує роль координатора, контролера та просвітника, забезпечуючи епідемічне благополуччя на своїй ділянці. Ваша пильність і своєчасні дії можуть запобігти спалаху інфекції та зберегти здоров'я громади.

Практичне заняття №7

Тема заняття: Проблеми надання довготривалої медичної допомоги населенню. Артеріальна гіпертензія. Суглобовий синдром у практиці сімейної медицини.

Результати компетентнісного навчання:

➤ Фахові компетенції:

❖ Знання: - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ Застосування знань – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використовувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ Аналіз – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

13.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

14.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Артеріальні гіпертензії – найбільш поширена патологія в групі серцево-судинних

нозологій, найчастіше зустрічаються серед населення, особливо в економічно розвинених

країнах. Близько 30% дорослого населення планети мають підвищений АТ. Хворіють в

основному люди працездатного віку. Економічні збитки, зумовлені тимчасовою

непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від АГ та пов'язаних з нею

тяжких ускладнень перевищують 2 млрд. гривень на рік. Проблема АГ є національною.

АГ є одним з основних факторів інвалідності й смертності, її часто називають “німим

вбивцею”. У 90% випадків підвищення АТ не вдається встановити його причину

(гіпертонічна хвороба), решту становлять симптоматичні артеріальні гіпертензії. Значне

поширення АГ, високі показники втрати здоров'я та працездатності, розвиток тяжких

ускладнень, на які припадає більше половини показників загальної смертності від

серцево-судинної патології, зумовлюють високу актуальність їх ранньої діагностики,

профілактики та лікування.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1.Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі з сімейним лікарем та м/с обстеження

пацієнтів з артеріальною гіпертензією

2.Оцінювання стану пацієнтів при виявленні різних форм артеріальної гіпертензії

3. Виявлення проблем пацієнтів з різною патологією та складання плану м/с втручань.

4. Участь м/с в обстеженні пацієнтів, підготовка та взяття матеріалу

5. Організація та ведення домашнього стаціонару в разі загострення гіпертонічної хвороби

6. Надання невідкладної медичної допомоги при

- гіпертонічному кризі

- еклампсії

- зупинці серця

7. Проведення диспансерного спостереження за пацієнтами. Ведення медичної та м/с документації

8. Правила техніки безпеки та охорона праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтові.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Хронічні захворювання, актуальність проблеми «хронізації» патології у підлітків і в

молодому віці.

2. Роль синології та валеології в профілактиці захворювань.

3. Визначення, актуальність артеріальних гіпертензій.

4. Національна програма з артеріальної гіпертензії та завдання сімейних медиків.

5. Пограничні показники артеріального тиску. Нейроциркуляторна дистонія.

6. Чинники ризику, класифікація артеріальних гіпертензій.

7. Симптоматичні артеріальні гіпертензії, гіпертонічна хвороба, вікові аспекти.

8. Артеріальна гіпертензія у підлітків, вагітних, геріатричних пацієнтів.

9. Методи активного виявлення артеріальної гіпертензії.

10. Методи обстеження пацієнта, участь сімейної медсестри.

11. Ускладнення артеріальної гіпертензії, участь сімейної медсестри в їх профілактиці.

12. Етапи реабілітації, диспансерне спостереження, участь сімейної медсестри.

13. Особливості догляду в домашніх умовах.

Артеріальна гіпертензія – підвищення рівня артеріального тиску понад 140/90 мм рт.ст.

Есенціальна АГ – стан, коли відзначають високий рівень АТ за відсутності очевидних

причин його підвищення.

Вторинна АГ позначає АГ, причину якої можна з'ясувати: ниркові, ендокринні,

кардіоваскулярні, екзогенні.

Гіпертензивний синдром: біль голови (потилиця, скроні), шум в голові, запаморочення

(потенційна проблема - ризик падіння), «мушки перед очима», серцебиття, колючі болі в

серці, задишка. Потенційна проблема – гіперкризи (ускладнений, неускладнений).

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1.Сімейна медична сестра проводить бесіду з пацієнтом по профілактиці атеросклерозу. Що

порекомендує медична сестра для зменшення рівня холестерину в крові?

A Боротьбу з палінням

B Раціональне харчування

C Заняття фізичною культурою

D Зниження маси тіла

E —

2.Чоловік, 62 років, який хворіє на гіпертонічну хворобу, для зміцнення здоров'я вирішив

зайнятися бігом. Яку найбільш доцільну пораду дасть сімейна медсестра у даному випадку?

А Марафонський біг

В Біг до 600м

С Ходьба, прогулянки

Д Біг до 300м

Е Біг до 500м

3. Який метод фізіотерапії показаний під час гіпертонічної кризи?

А Гірчичник на ділянку серця

В Банки на грудну клітку

С Холодні ніжні ванни

Д Гірчичник на потилицю

Е Інгаляції зволоженого кисню

4. До медичної сестри звернувся пацієнт за порадою. Якого дієтичного столу дотримуватись при хронічному гломерулонефриті?

А No1

В No11

С No5

Д No7

Е No15

5. Сімейна медична сестра здійснила патронаж до пацієнта 40р. на гіпертонічну хворобу.

Провела медсестринське обстеження і виявила чинники виникнення захворювання. Які

чинники ризику відносяться до ендогенних?

А Обтяжена спадковість

В Психоемоційні стреси

С Паління

Д Надмірна маса тіла

Е Гіподинамія

6. У хворого на гіпертонічну хворобу після неприємної розмови з родичем виник різкий біль

голови, шум, відчуття сітки перед очима. Які першочергові незалежні втручання виконає

сімейна медсестра?

А Покласти грілку до ніг

В Поставити гірчичники на ділянку серця

С Поставити банки вздовж хребта

Д Підвісити над головою міхур з льодом

Е Виміряти АТ

7.Пацієнт звернувся до сімейної медичної сестри зі скаргами на сильний біль голови у

потилиці, шум у вухах. Такі напади спостерігаються після психічних навантажень. АТ

коливається від 150/100 до 190/110 мм рт.ст..Розвиток якого синдрому спостерігається у

хворого?

А Гіпотензивного

В Гострої серцевої недостатності

С Вінцевої недостатності

Д Гіпертензивного

Е Гострої судинної недостатності

8.Яке обстеження має найвагоміше значення в діагностиці гіпертонічної хвороби?

А Дослідження артеріального тиску

В Дослідження крові

С Спірографія

Д Фонокардіографія

Е Рентгенографія

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. На прийом до сімейного лікаря прийшов пацієнт К., 32 років, підприємець, зі скаргами на біль голови в потиличній ділянці, блювання, "мерехтіння мушок" перед очима.

Скарги з'явилися після емоційного стресу.

Об-но: пацієнт збуджений. АТ - 200/100 мм.рт.ст. Рс - 100 уд. за 1 хв., напружений. Дихання

часте. Набряків немає.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Надати НДМД.

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта в амбулаторних умовах.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

2. Пацієнт 28 років, електрик звернувся в сімейну поліклініку зі скаргами на різку

слабкість, набряк обличчя, біль голови, задишку. Ці скарги з'явилися раптово через тиждень

після перенесеної ангіни. Об'єктивно: шкіра бліда, обличчя набрякле. АТ – 160/100 мм. рт.

ст. Сеча червоного кольору, мутна, питома вага – 1010, білок – 4 г/л. Добова кількість сечі

300 мл. В осаді-еритроцити 100 в полі зору, циліндри гіалінові, поодинокі.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

3. У пацієнта П., 37 років, з гострим гломерулонефритом, різко вираженими набряками після недотримання обмеженого питового режиму і прийому солі, погіршився

стан, посилюється біль голови, з'явилася нудота, блювання, судом. Пацієнт втратив

свідомість.

Об-но: АТ – 260/120 мм.рт.ст. PS–80 уд за 1 хв.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацлікування.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

4. Пацієнт М., 45 років, хворіє нирковою патологією протягом 10 років.
Місяць тому

переніс грип. Стан різко погіршився: наросла слабкість, з'явилась сонливість, свербіж

шкіри, зменшилась кількість сечі. АТ – 220/140 мм рт. ст. пульс – 90 уд./хв.
Питома вага

сечі 1004 – 1005, Білок – 4 г/л, гематурія (вилужені еритроцити), циліндри.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацлікування.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. Сімейній м.с. пацієнт поскаржився на біль голови, шум в ухах, зниження апетиту,

нудоту, суд на 4 кг., сухість в роті, спрагу. Протягом 10 років спостерігається сімейним

лікарем з приводу підвищення АТ. Гіпотензивні препарати приймав не регулярно, АТ

залишається високим. Шкіра бліда, пульс – 88уд./х, АТ – 200/120 мм рт. ст.
симптом

Пастернацького слабо позитивний справа. В аналізі сечі – лейкоцити, циліндри, сліди білка.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

6. На амбулаторному прийомі пацієнтка І., 38 р., скаржиться на загальну слабкість,

сонливість, головний біль, відсутність менструації, біль у кінцівках, надмірну масу тіла з

переважним відкладанням жиру на животі, апатію, зниження пам'яті, оволодіння обличчя.

Захворіла 3 роки тому після абортів. Лікувалася в терапевтичному відділенні з приводу

гіпертонічної хвороби без ефекту. Менструації відсутні протягом 1 року.

Об'єктивно:

надмірна маса тіла, диспластичний розподіл жиру, переважно на обличчі, животі, грудях.

Широкі багряно-ціанотичні стрії на животі, стегнах, місяцеподібне обличчя багрово-

червоного кольору, гірсутизм, мармуровість і ціаноз шкіри, множинні петехії на шкірі.

Пульс 96 за 1 хв., АТ – 220/120 мм рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

7. Сімейній м.с. пацієнтка скаржиться на інтенсивний біль голови, розлади місячних,

зміну зовнішнього вигляду, погіршення зору, пам'яті. Огляд: грубі риси обличчя, особливо

збільшені губи, язик, проміжки між зубами розширені, ніс, надбровні дуги, вушні раковини,

кисті та ступні, шкіра стовщена, волога, гіперпигментована, гіпертрихоз, кістки грудної

клітки стовщені, грудна клітка діжкоподібна. Пульс 80/хв, АТ 160/100 мм.рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

8. У пацієнта Л., 42 років, протягом 2-х місяців раптово виникають напади різкого

головного болю, які супроводжуються серцебиттям, тремором тіла, відчуттям страху,

нудотою, болем у животі, підвищенням температури тіла до 39°C. Об-но: Пульс – 112 уд. за

1 хв., напружений. АТ – 240/150 мм.рт.ст. Живіт болючий при пальпації, ознак подразнення

очеревини немає.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

9. В реанімаційне відділення поступила пацієнтка з нападом різкої м'язової слабості,

болями в м'язах, парастезіями. Турбує серцебиття, сильний біль голови, переважно у лобних

долях (періодами, нападами), супроводжується запамороченням, задишкою, інколи більу

попереку. Згодом долучилась спрага, часте сечовипускання, напади м'язової слабості, які

минали протягом декількох днів. Шкіра суха, тургор знижений, в'ялий параліч м'язів.

Пульс 110/хв, АТ 220/160 мм.рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
 2. Надати НДМД.
 3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
 4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
 5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
10. Сімейну медсестру викликали родичі в зв'язку з погіршенням стану пацієнта.

Пацієнт Н., 33 років, без свідомості. При огляді: дихання шумне, глибоке, реакція зіниць на

світло в'яла, тонус м'язів знижений, шкіра бліда, суха на дотик. АТ – 90/50 мм. рт. ст. Зі

слів родичів відомо, що 3 дні тому пацієнт дуже перенервував з приводу смерті свого друга,

після чого перебував у сонному стані, поки не втратив свідомість.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

11. Пацієнт, 38 років, доставлено в лікарню в непритомному стані в супроводі

сімейної медсестри. У пацієнта вдома мало місце психічне і рухове збудження, після чого

раптово знепритомнів. Багато років хворіє на цукровий діабет, лікується інсуліном.

Харчується нерегулярно. Під час огляду: відсутність свідомості, шкіра волога, посіпування

м'язів лиця, зіниці розширені. Число дихань – 32 за хвилину, пульс – 70 уд. за хв., АТ –

100/70 мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

12. На амбулаторний прийом до лікаря звернулася пацієнтка, 52 р., зі скаргами на

біль в ногах, почуття повзання « мурашок », охолодження нижніх кінцівок, незагоюючу

рану на лівій нозі. В розмові з лікарем з'ясувалось, що пацієнтка останнім часом почала

погано бачити і випивати в день до 3 літрів рідини. При огляді : надмірна вага , на шкірі в

ділянці живота багато фурункулів , шкіра ніг бліда, холодна на дотик, пульсація артерій

стоп ослаблена .

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

13. Пацієнтка, 31 року, скаржиться с.м.с. на серцебиття, задишку, біль в серці,

періодичну температуру (37.2 – 37.5), підвищену роздратованість, схуднення, поганий сон.

Хворіє близько 2 років. Об'єктивно: пацієнтка худа, емоційно лабільна , шкіра волога ,

екзофтальм , тремор рук, шия потовщена. Пульс – 112 уд. За 1 хв.. АТ – 150/70 мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ КРИЗ (НЕУСКЛАДНЕНИЙ)

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Надати хворому положення з припіднятим головним кінцем.
- Гірчичник на потиличну ділянку, на лоб – холодний компрес.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Ніфедипін короткої дії 10-20 мг перорально або сублінгвально кожні 2-3 год або

фармадипін 3-5 крапель під язик

- Клонідин 0,075-0,15 мг перорально кожні 4 год. (при високих рівнях АТ)
- Каптоприл 12,5-50 мг перорально або сублінгвально, (показаний при серцевій

недостатності, після перенесеного ГІМ, пацієнтам похилого віку)

- Метопролол 20-100 мг перорально кожні 3 год. (показаний при тахікардії, вегетативних проявах)
- Дібазол 2-8 мл 1% розчину в/м або в/в на ізотонічному розчині хлориду натрію
- Папаверин 2% 1 мл в 10 мл 0,9% розчину натрію хлориду в/в дуже повільно
- Магнію сульфат 10 мл 25% розчину в 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію

в/в дуже повільно

- Фуросемід 40-120 мг перорально або 2-4 мл в/м або торасемід 10-100 мг

III ЕТАП

- Моніторинг АТ в динаміці кожні 10-15 хв.
- Виконання призначень лікаря.

- Консультація кардіолога, можлива госпіталізація у профільний заклад охорони здоров'я.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Здійснення м/с процесу сімейною м/с при артеріальній гіпертензії

Рекомендації до написання рефератів:

Опрацювати тему та скласти реферати (або підготувати презентації) за наступним планом:

- визначення захворювання (синдрому)
- етіологія та патогенез хвороби (синдрому)
- клінічні форми та прояви захворювання (синдрому)
- перебіг хвороби, дійсні та супутні проблеми, шляхи їх вирішення
- потенційні проблеми, тактика сімейної медсестри при гострих станах
- діагностика захворювання, участь сімейної медсестри в її проведенні
- основні методи лікування, роль сімейної медсестри
- особливості догляду за пацієнтом сімейною медсестрою
- напрями первинної та вторинної профілактики на дільниці сімейної медицини

Захворювання опорно-рухового апарату займають друге місце після серцево-судинної

патології. Захворюваність на ревматичні хвороби, спільною ознакою яких є суглобовий

синдром, в розвинутих країнах світу становить 15-20% (37-50 млн. населення)

Оскільки часто суглобовий синдром, особливо при ревматоїдному артриті (90%)

призводить до інвалідності, втрати працездатності й здатності самообслуговування, а це

породжує значну соціальну проблему, сімейна медична сестра має знати цю патологію з

метою проведення первинної, вторинної профілактики, реабілітації та диспансерного нагляду.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі. М/с обстеження пацієнтів з

суглобовим синдромом(ревматична хвороба, ревматоїдний артрит, системний

червоний вовчак, деформуючий остеоартроз)

2. Оцінювання стану пацієнтів при виявленні різних захворювань конкретної патології

3. Виявлення проблем пацієнтів з різною патологією встановлення м/с діагнозу та

складання плану м/с втручань.

4. Участь м/с в обстеженні пацієнтів, підготовка хворих до взяття біоматеріалу (кров

з вени на біохімічне і імунологічне дослідження, аналіз сечі)

5. Організація і ведення домашнього стаціонару при конкретному захворюванні

6. Проведення диспансерного спостереження та реабілітаційні заходи на амбулаторному етапі спостереження, значення санаторно – курортного лікування

7. Первинна і вторинна профілактика захворювань опорно – рухового апарату роль

сімейної м/с.

8. Правила техніки безпеки та охорона праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтові.

Суглобовий синдром – збірне поняття, яке включає в себе ураження суглобів запального

(артрити), дегенеративно – дистрофічного характеру. Крім того, біль у суглобах (артралгії)

часто супроводжує різні захворювання внутрішніх органів.

Найчастіші причини появи суглобового синдрому:

- ревматоїдний артрит;
- ревматизм;
- деформівний остеоартроз;
- мікрокришталеві артропатії (подагра);
- захворювання крові (гемофілія, геморагічні васкуліти);
- інфекційні захворювання (гепатит, бруцельоз, скарлатина, дизентерія, гонорея, тощо);
- паранеопластичні артропатії;
- синдром хронічної втоми.

Суглобовий синдром може виявлятися наступними симптомами:

- біль;
- скутість;
- припухлість і деформація суглоба;

45

- почервоніння шкіри;
- підвищення температури шкіри над суглобом;
- атрофія м'язів;
- болючість під час пальпації суглоба;
- порушення активних і пасивних рухів;
- крепітація.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Суглобовий синдром. Основні причини. Патологічні стани, які супроводжуються болем в суглобах, спині.

2. Визначення артриту, артралгії, артрозу.
3. Ревматичні захворювання. Класифікація. Участь сімейної медсестри в обстеженні пацієнта.
4. Ревматична хвороба, причини, класифікація, клінічні синдроми. Вікові аспекти. Участь сімейної медсестри в профілактиці, диспансеризації.
5. Ревматоїдний артрит. Вікові аспекти. Участь сімейної медсестри в профілактиці, реабілітації, диспансерному нагляді.
6. Системний червоний вовчак. Деформівний остеоартроз. Подагра. Вікові аспекти. Методи обстеження пацієнта, участь сімейної медсестри в їх проведенні.
7. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта з болем у суглобах та спині

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. При проведенні первинної профілактики ревматичної лихоманки сімейна медична сестра в першу чергу повинна звертати увагу на осіб, які:
 - А В дитинстві перенесли рахіт
 - В Перенесли оперативне втручання
 - С Хворіють на виразкову хворобу шлунку
 - Д Часто хворіють на ГРВІ
 - Е Мають високий рівень артеріального тиску
2. Пацієнт скаржиться на біль у дрібних суглобах кистей рук, ранкову скутість. Суглоби припухлі, кисті рук відхилені в бік ліктів. Для якого захворювання характерні дані симптоми?
 - А Деформуючого остеоартрозу
 - В Ревматичного артриту

- С Ревматоїдного артрити
- Д Системної склеродермії
- Е Системного червоного вовчака

3.Продавець м'яса звернувся в сімейну поліклініку зі скаргами на нападоподібний біль у

великому пальці ноги. Напад з'явився вночі. Плюснофаланговий суглоб І пальця

збільшений в об'ємі, гіперемійований, болючий під час пальпації. Про яке захворювання

можна подумати?

- А Ревматоїдний артрит
- В Подагричний артрит
- С Деформуючий остеоартроз
- Д Ревматичний артрит
- Е Гонорейний артрит

46

4.У сімейну амбулаторію звернулася пацієнтка 25р. зі скаргами на болі «летючого»

характеру у колінних та ліктьових суглобах. Суглоби припухлі, почервонілі, гарячі на

дотик. Для якого захворювання характерні дані проблеми?

- А Туберкульозний артрит
- В Ревматоїдний артрит
- С Деформуючий остеоартроз
- Д Ревматичний артрит
- Е Системний червоний вовчак

5.Пацієнтка 18р. скаржиться на шкірні висипи, схуднення, біль у м'язах, суглобах

мігруючого характеру, підвищення температури. Симптоми з'явилися після підвищеної

інсоляції. На вилицях, крилах носа яскравий рум'янець у вигляді «метелика», колінні

суглоби, суглоби кистей припухлі, рухи в них болючі. Клінічна картина захворювання

характерна для:

А Кропив'янки

В Системної склеродермії

С Вузликового периартериїту

Д Системного червоного вовчака

Е Ревматичної хвороби

6.Пацієнтка 58р. з надмірною масою тіла скаржиться сімейній медичній сестрі на

інтенсивний біль у колінних суглобах, який виникає під час фізичного навантаження,

ходіння і зникає у стані спокою, хруст у суглобах. Колінні суглоби деформовані, потовщені.

Що запідозрить медична сестра?

А Ревматоїдний артрит

В Ревматичний артрит

С Деформуючий остеоартроз

Д Подагричний артрит

Е Системну склеродермію

7.Пацієнтка 52 років хворіє на ревматоїдний артрит. Сімейна медична сестра виявила

скарги на виражену ранкову скутість, загальну слабкість, швидку стомлюваність, поганий

апетит, пітливість, поганий сон. При складанні плану догляду вашим першочерговим

завданням буде:

- А Провести заходи спрямовані на зменшення ранкової скрутості
- В Поліпшити загальний стан пацієнтки
- С Провести заходи спрямовані на поліпшення апетиту
- Д Порекомендувати лікарські засоби для поліпшення сну
- Е Систематично проводити гігієнічні заходи шкіри

8. Пацієнта Х., 40 років, який знаходиться у терапевтичному відділенні, турбує ранкова

“скрутість” променево-зап’ясткових суглобів, постійний біль у суглобах, який посилюється

при будь-яких рухах. Яка проблема є дійсною в даному стані?

- А Проблема зі спілкуванням
- В Проблема з одяганням
- С Проблема з диханням
- Д Проблема зі сном
- Е Проблема з харчуванням

9. До приймального відділення за направленням сімейного лікаря поступив пацієнт зі

скаргами на сильний біль у колінних суглобах, набряклість, почервоніння шкіри навколо

суглобів. Що могло спричинити загострення ревматичної хвороби?

47

- А Фізична перевтома
- В Порушення дієти
- С Емоційний стрес
- Д Перегрівання
- Е Переохолодження

10. Пацієнт госпіталізований в ревматологічне відділення з приводу загострення

ревматоїдного артрити. Виконуючи залежні втручання, медична сестра застосовує

препарат:

A Адельфан

B Преднізолон

C Аспаркам

D Атропін

E Адреналін

11. Які проблеми може виявити медична сестра у хворого на ревматоїдний артрит?

A Біль у дрібних суглобах кистей рук і стоп

B Біль у плечових суглобах

C Біль у великих суглобах нижніх кінцівок

D Біль у великих суглобах верхніх кінцівок

E Біль у суглобах хребта

12. Пацієнта турбує біль в дрібних суглобах рук, стоп, вранкова скутість, обмеження рухів

в суглобах, періодичне підвищення температури тіла. Для якого захворювання характерні

дані ознаки?

A Остеохондрозу

B Ревматичного артрити

C Склеродермії

D Ревматоїдного артрити

E Деформуючого остеартрозу

13. Який найбільш характерний симптом системної склеродермії сімейна медична сестра

може виявити під час огляду пацієнта?

A Маскоподібне обличчя, зморшки навколо роти.

B Еритематозна висипка на обличчі у вигляді метелика.

С Деформації пальців рук у вигляді “плавників моржа”.

Д Кільцеподібна еритема на руках і тулубі.

Е Параорбітальний набряк з пігментацією.

14. Хворому на ревматоїдний артрит, який знаходиться на стаціонарному лікуванні,

призначена кортикостероїдна терапія. Яке ускладнення може виникнути, якщо пацієнт

припинив приймати медикаменти, а медсестра лікування не контролює?

А Схуднення

В Синдром відміни – рикошету

С Підвищення температури

Д Падіння АТ

Е Психічні розлади

15. Яку дійсну проблему пацієнта з ревматоїдним артритом виявить сімейна медична

сестра?

А Ранкову скутість

В Високу температуру

С Блювання

48

Д Напади задишки

Е Болі в ділянці серця

16. Жінка 32р, на 4 міс. після пологів відмічає різке похудання, вечірній субфебрилітет

протягом 3 тижнів, болі в суглобах, на шкірі обличчя висипання по типу “метелика”. Яке

захворювання може запідозрити сімейна медсестра?

А Кропив'янка

В Системна склеродермія

С Гострий лейкоз

Д Системний червоний вовчак

Е Тромбоцитопенічна пурпура

17. Ви - сімейна медсестра. Спостерігаєте за хворим з ревматичним поліартритом. Сімейний

лікар призначив пацієнту нестероїдні протизапальні препарати. Який із перелічених

препаратів відноситься до цієї групи?

А Атропіну сульфат

В Сульфат магнію

С Диклофінак натрію

Д Бісептол

Е Папаверину гідрохлорид

18 Для виявлення LE- клітин при системному червоному вовчаку для лабораторного

дослідження необхідно взяти:

А Кров

В Сечу

С Кал

Д Дуоденальний вміст

Е Шлунковий сік

19. Хворому на системнимний червоний вовчак необхідно рекомендувати:

А Парафінолікування

В Тривало перебувати в жарких приміщеннях

С Кварцування ділянок тіла

Д Променеву терапію

Е Уникати підвищеної інсоляції

20. Вкажіть типові зміни шкіри при системному червоному вовчаку:

А еритема у вигляді метелика

В кільцевидна еритема

С піодермія

Д судинні зірочки

Е вузловата еритема

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. На прийомі у сімейного лікаря пацієнт, 20 р., скаржиться на колючий біль в серці,

часте серцебиття, задишку під час фізичного навантаження, ниючий біль в суглобах

(колінних та ліктьових), підвищення температури до 37.3°C. Подібні симптоми

спостерігались 6 місяців тому після гострого тонзиліту. До лікаря не звертався. В анамнезі

часті ангіни. Після перенесеної повторної ангіни «на ногах» симптоми з'явилися повторно.

Великі суглоби припухлі, шкіра над ними почервоніла, рухи в суглобах і зміни положення

49

тіла підсилюють біль. В легенях – дихання везикулярне, тони серця глухі, систолічний шум

над верхівкою серця. Пульс – 92 уд. за 1 хв., АТ – 110/80 мм. рт. ст. Органи черевної

порожнини без змін.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

2. Пацієнтка Н., 50 р., поступила в клініку за направленням сімейного лікаря зі

скаргами на болі в гомілковостопних, дрібних суглобах кистей рук, їх припухлість, ранкову

скутість протягом 1-2 годин, загальну слабкість. Шкірні покриви бліді, суглоби кистей

стовщені, рухи в них різко обмежені, деформація: пальців типу «шиї лебедя», кистей – типу

«ласти моржа».

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

3. На прийом до сімейного лікаря прийшла пацієнтка зі скаргами на інтенсивний

біль у колінних та гомілковоступневих суглобах, які виникає під час фізичного

навантаження, ходіння, зникає у стані спокою, хруст у суглобах. Пацієнтка огрядна (маса

тіла 100 кг, зріст 170 см), правий колінний суглоб деформований, збільшений в об'ємі.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

4.Пацієнт П., 49 р., продавець м'яса, звернувся в сімейну поліклініку зі скаргами на

біль у ділянці великого пальця правої стопи, припухлість і почервоніння в ділянці суглоба,

підвищення температури тіла до 38°C. Вважає себе хворим протягом 6 років. За цей час

було понад 5 загострень артриту, які тривали 7-10 днів, при цьому почергово вражались

суглоби великих пальців обох стоп, а також правий колінний суглоб.

Об'єктивно: правий

плюсно-фаланговий суглоб I пальця збільшений в об'ємі, деформований, гіперемійований,

болючий під час пальпації. Активні і пасивні рухи в суглобі різко болючі.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. Пацієнтка М, 18 років, скаржиться с.м.с. на шкірні висипання, підвищення температури тіла до 38 – 39 С, швидке схуднення, біль у м'язах, суглобах мігруючого

характеру (суглоби кисті, гомілковоступеневі, колінні), котрий з'являється частіше влітку,

після підвищеної інсоляції, задишку. Об'єктивно: пацієнтка виснажена, шкірні покриви

бліді, сухі, яскравий рум'янець на вилицях, крилах носа, збільшені, ущільнені та болючі

лімфатичні вузли шиї, колінні суглоби, суглоби кистей припухлі, рухи в них болючі. У

нижніх відділах легенів під час перкусії визначається притуплення легеневого звуку,

вислуховується шум триття плеври справа. Пульс – 120 уд/хв, АТ – 110/60 мм рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

6. Пацієнтка Д., 48 р., надійшла в ревматологічне відділення зі скаргами на відчуття

стягнення шкіри на обличчі та в ділянці живота, біль у суглобах рук, затерпання і

похолодання кистей і стоп, напади різкої блідості, болю при охолодженні, утруднене

ковтання.

Вважає, що захворіла 3 роки тому, коли вперше виникли вазоспастичні явища. Кілька

разів лікувалась з приводу синдрому Рейно в хірургічному відділенні. Близько пів року

тому, виникли утруднене ковтання, твердий набряк шкіри обличчя. Госпіталізована для

уточнення діагнозу та лікування. У дитинстві хворіла на застудні захворювання, гноячкові

хвороби шкіри.

Під час огляду: шкірні покриви бліді, на шкірі обличчя і живота – щільний набряк. Шкіру

неможливо взяти в складку, кисті і стопи холодні на дотик, вологі. Переферичні лімфовузли

і щитоподібна залоза не збільшені. Над легеньми визначається легеневий звук, дихання

везикулярне. Межі серця в нормі. Тони чисті, ритмічні. АТ – 100/60 мм рт.ст., пульс 80 за 1

хв. Живіт не болючий, пальпація утруднена через набряк шкіри. Печінка, селезінка не

збільшені.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

7. У пацієнтки на 2-ий день після значного фізичного навантаження з'явилися:

недомагання, біль і відчуття скутості в м'язах плечового поясу, підвищалась температура

тіла до 39 С, почервоніння і набряк параорбітальних дуг. Скутість поширалась на м'язи

стегон. При огляді різко виражений параорбітальний набряк м'язова сила різко ослаблена,

пальпація всіх груп м'язів болюча.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Причини виникнення суглобового синдрому.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Здійснення м/с процесу сімейною м/с при захворюваннях опорно – рухової системи.

Рекомендації до написання рефератів:

Опрацювати тему та скласти реферати (або підготувати презентації) за наступним планом:

- визначення захворювання (синдрому)
- етіологія та патогенез хвороби (синдрому)
- клінічні форми та прояви захворювання (синдрому)
- перебіг хвороби, дійсні та супутні проблеми, шляхи їх вирішення
- потенційні проблеми, тактика сімейної медсестри при гострих станах
- діагностика захворювання, участь сімейної медсестри в її проведенні

- основні методи лікування, роль сімейної медсестри
- особливості догляду за пацієнтом сімейною медсестрою
- напрями первинної та вторинної профілактики на дільниці сімейної медицини

Практичне заняття №8

Тема заняття: Організація диспансерного спостереження за пацієнтами з патологією органів травлення. Синдром гіперглікемії, гіпер- або гіпотиреозу в практиці сімейної медицини.

Результати компетентнісного навчання:

➤ Фахові компетенції:

❖ Знання: - здатність студента:

-Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:

- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ Застосування знань – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ Аналіз – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ Синтез – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого

- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ Оцінювання – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ Загальні компетенції:

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Неси професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

15.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

16.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Диспансерне спостереження: Визначення, мета та нормативна база

Диспансерне спостереження– це система профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, що здійснюються регулярно щодо осіб із

хронічними захворюваннями або підвищеним ризиком їх розвитку, з метою: запобігання розвитку ускладнень та інвалідності, збільшення тривалості та поліпшення якості життя, продовження періоду ремісії.

Мета диспансерного спостереження при хронічних патологіях органів травлення: Досягнення стійкої клініко-лабораторної ремісії та запобігання розвитку загрозливих ускладнень (наприклад, кровотеча при виразці, рак).

Організаційна основа: диспансерне спостереження здійснюється в рамках Програми медичних гарантій, передбачає ведення обліку в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ).

2. Організація диспансерного спостереження

Сімейна медична сестра веде реєстр хворих, які перебувають на диспансерному спостереженні, та забезпечує їхнє запрошення на планові огляди.

Критерії взяття на диспансерне спостереження (приклади):

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у стадії ремісії.

Хронічний гастрит, дуоденіт із секреторною недостатністю чи атрофією слизової.

Хронічний холецистит (калькульозний та безкам'яний) у стадії ремісії.

Хронічний панкреатит у стадії ремісії.

Періодичність спостереження:

Періодичність візитів до сімейного лікаря (за участю медичної сестри) та обстежень залежить від стадії захворювання та ризику ускладнень.

Пацієнти високого ризику (часті загострення, ускладнений анамнез): 2-4 рази на рік.

Пацієнти зі стійкою ремісією: 1-2 рази на рік.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки

Виразкова хвороба характеризується сезонними загостреннями (весна/осінь) і потребує постійного контролю.

Роль сімейної медичної сестри:

Контроль ерадикації *Helicobacter pylori*: Забезпечення контролю проходження пацієнтом повторного тесту після ерадикаційної терапії.

Профілактика загострень:

Навчання: Наголос на необхідності уникати стресів та прийому гастротоксичних препаратів (особливо НПЗП, аспірин) без захисту слизової.

Дієта: Консультування щодо виключення гострої, смаженої, кислої їжі, міцних бульйонів, кави та алкоголю. Харчування має бути дрібним та регулярним.

Моніторинг "Червоних прапорців": Навчання пацієнта розпізнаванню ознак шлунково-кишкової кровотечі (чорний кал – мелена, блювання "кавовою гущею") та негайному зверненню.

Хронічний холецистит та панкреатит

Захворювання жовчовивідних шляхів та підшлункової залози тісно пов'язані з порушеннями харчування та потребують строгої дієти.

Роль сімейної медичної сестри:

Дієтологічне консультування (найважливіше):

Хронічний холецистит: Дробне харчування (5-6 разів на день) для регулярного відтоку жовчі. Обмеження жирного, смаженого, копченого, яєчних жовтків.

Хронічний панкреатит: Стовідсоткове виключення алкоголю та різке обмеження жирів. Дієта з високим вмістом білка.

Контроль лабораторних показників: Забезпечення регулярного контролю печінкових проб (АЛТ, АСТ, Білірубін), амілази/ліпази (при хронічному панкреатиті) та УЗД органів черевної порожнини.

Фітотерапія та режим: Навчання пацієнта застосуванню спазмолітиків або жовчогінних трав (за призначенням лікаря) та важливості помірної фізичної активності.

Профілактика каменеутворення: Наголос на необхідності підтримання нормальної ваги та режиму гідратації (пиття достатньої кількості води).

Ведення документації та санаторно-курортне лікування

Медична документація:

Медична сестра відповідає за своєчасне заповнення контрольної карти диспансерного спостереження, фіксацію всіх даних об'єктивного огляду (пальпація живота, виявлення симптомів), внесення результатів лабораторних та інструментальних обстежень, запис про проведене санітарно-просвітницьке консультування.

Санаторно-курортне лікування:

Медична сестра інформує пацієнтів із хронічними патологіями органів травлення про можливість санаторно-курортного лікування (бальнеологічні курорти, мінеральні води).

Оформлення: Допомога лікарю в оформленні необхідної документації для отримання путівки, якщо це передбачено програмами диспансерного спостереження. Санаторно-курортне лікування є важливим заходом для подовження ремісії.

Диспансерне спостереження за пацієнтами з патологією органів травлення – це безперервний процес, що вимагає від сімейної медичної сестри не лише знань клініки, а й високих організаційних та комунікативних навичок. Саме ваша послідовна робота з обліку, моніторингу та дієтологічного консультування є вирішальною для запобігання загостренням і забезпечує пацієнтам із хронічними захворюваннями травної системи високу якість життя.

Ендокринна патологія в практиці сімейного лікаря зустрічається дуже часто.

У структурі ендокринних захворювань 70% становить цукровий діабет, його називають

“неінфекційною епідемією ХХІ століття”. Враховуючи важкість перебігу хвороби, високу

частоту ускладнень і смертності від них, ЦД увійшов у трійку захворювань, які є

найчастішою причиною інвалідизації та смертності і вже не є суто медичною, а й

соціальною, економічною та політичною проблемою.

Погіршення екології, наслідки Чорнобильської катастрофи, збільшення впливу на

щитоподібну залозу хронічних інфекцій, особливо інтоксикацій, аутоімунних процесів,

стресові ситуації на роботі і вдома, призвели до росту патології щитоподібної залози.

Сімейній медсестрі необхідно знати етіопатогенез, чинники ризику, перебіг, наявні й

потенційні проблеми, методи активного виявлення, етапи реабілітації, комплекс

лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів з метою оздоровлення населення

СТД, подовження життя і поліпшення його якості.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1.Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі з сімейним лікарем та м/с обстеження

пацієнтів з ендокринною патологією

2.Оцінювання стану пацієнтів при виявленні різних форм ендокринної патології (гіперглікемії, гіпер – та гіпотиреозі)

3. Виявлення проблем пацієнтів з різною патологією та складання плану м/с втручань.

4.Участь м/с в обстеженні пацієнтів, підготовка та взяття матеріалу

5.Організація та ведення домашнього стаціонару в разі загострення ендокринної патології

6. Надання невідкладної медичної допомоги при

- при гіпоглікемічній і гіперглікемічній комах.

7. Проведення диспансерного спостереження за пацієнтами. Ведення медичної та м/с документації

8. Правила техніки безпеки та охорона праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтові.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Хронічні захворювання, актуальність проблеми «хронізації» патології у підлітків і в

молодому віці.

2. Роль синології та валеології в профілактиці захворювань.

3. Етапи реабілітації, диспансерне спостереження, участь сімейної медсестри.

4. Особливості догляду в домашніх умовах.

5. Найчастіша ендокринна патологія на дільниці сімейної медицини, актуальність

проблеми, структура захворюваності на сучасному етапі.

6. Гіперглікемія: причини, чинники ризику, класифікація нозологій.

7. Цукровий діабет: епідеміологія, методи активного виявлення, вікові аспекти, методи

обстеження, гострі та хронічні ускладнення.

8. НДМД при комах.

9. Участь сімейної медсестри в реабілітації, диспансерному нагляді, соціальній адаптації,

профілактиці цукрового діабету. Дієтотерапія.

10. Гіпер- та гіпотиреоз: причини, класифікація нозологій.

11. ДТЗ, ендемічний зоб, аутоімунний тиреоїдит, рак щитоподібної залози, йододефіцитний

стан, методи активного виявлення, вікові аспекти.

12. Роль сімейної медсестри в реабілітації (етапи реабілітації), диспансеризації, в

проведенні йодної профілактики.

Синдром гіперглікемії. Розвиток синдрому пов'язаний з недостатньою секрецією

інсуліну або порушенням його дії.

Основні причини:

- цукровий діабет I і II типів;

- захворювання підшлункової залози (хронічний панкреатит, пухлини, видалення частини

підшлункової залози;

- інші ендокринні захворювання (тиреотоксикоз, синдром Іценко-Кушінга, акромегалія,

феохромоцитома);

- генетичні захворювання.

Діагноз встановлюється на основі визначення рівня глюкози в крові та сечі.

Клініка: поліфагія (при кетоацидозі – апетит знижується), поліурія, полідипсія, полакіурія

ЦД I типу – схуднення, ЦД II типу – ожиріння.

Лабораторно: гіперглікемія, підвищення глікованого гемоглобіну, глюкозурія, порушення

тесту толерантності до глюкози.

Найчастіша причина синдромів – ЦД.

ЦД I типу: вік до 35 років, початок маніфестний (1-3 міс.), часто супроводжується

вираженим кетоацидозом, швидким наростанням симптомів на тлі схуднення. В основі –

абсолютна інсулінова недостатність (руйнування β клітин). ЦД II типу: вік після 40 років,

розвиток поступовий на тлі надмірної маси тіла, виникають і наростають ознаки

діабетичних ангіопатій. В основі – відносна інсулінова недостатність на тлі гіперінсулінемії.

Синдром гіпоглікемії. Пов'язаний з вуглеводним голодуванням тканин головного мозку

і з'являється при зниженні рівня глюкози в крові.

Причини:

- може розвинути у здорових людей під час важких фізичних навантажень;
- деякі пухлини підшлункової залози, що призводять до гіперсекреції інсуліну (інсулома);
- деякі ендокринні захворювання (гіпотиреоз, гіпофункція гіпофіза).

Діагноз встановлюється на підставі зниження рівня глюкози в крові нижче ніж 3,3 ммоль/л.

Синдром гіпоглікемії (зниження рівня глюкози – вуглеводне голодування тканин головного мозку)

Клініка: слабкість, відчуття голоду, неспокій, пітливість, збудження-пригнічення-судоми-кома.

Синдром гіпертиреозу. Пов'язаний з гіперпродукуванням тиреоїдних гормонів і є

симптомокомплексом клінічних проявів у різних органах і системах:

- симптоми підвищеного обміну;
- серцево-судинні розлади (тахікардія, АГ, фібриляція передсердь);
- ознаки психічного збудження (дратівливість, емоційна лабільність, безсоння, метушливість);
- нейровегетативні розлади (тремор, гіпергідроз, розлади моторної функції шлунка і кишок
- підвищений апетит на тлі схуднення, схильність до проносів);
- відчуття жару, субфібрилітет, гіпергідроз;
- збільшення щитоподібної залози;
- очні симптоми: Грефе, Кохера, Дальримпля, Штельвага, Мебіуса.

Причини синдрому:

- дифузний токсичний зоб;
- ятрогенний тиреотоксикоз унаслідок передозування тиреоїдних гормонів;
- рак щитоподібної залози;
- тиреоїдит;
- стан підвищеної чутливості тканин організму до тиреоїдних гормонів.

Найчастіша причина розвитку гіпертиреозу – дифузний токсичний зоб.

Синдром гіпотиреозу. Даний синдром поєднує низку клінічних симптомів у органах і

тканинах, що з'являються в разі низького вмісту тиреоїдних гормонів внаслідок порушення

їхнього синтезу або прискореного метаболізму.

Причини:

- вроджені порушення функції щитоподібної залози;
- захворювання щитоподібної залози (тиреїдит, пухлини);
- струмектомія;
- передозування тиреостатиків;
- рентгенопроміння, лікування радіоактивним йодом;
- недостатнє надходження йоду в організм.

Синдром гіпотиреозу: загальна слабкість, в'ялість, сонливість, мерзлякуватість, набряклість

(несправжні набряки) обличчя, губ, випадіння волосся, сухість шкіри, відмічається

загальмованість, байдужість, зниження інтелекту, схильність до депресій, зниження

температури тіла.

Ендемічний зоб зустрічається у певних районах (дефіцит йоду у воді і ґрунті), переважно

гірських і передгірних. Велику роль у розвитку цієї патології відіграє спадкова схильність

(найчастіше трапляється у родинах, де були випадки зоба). Класифікація ендемічного зобу:

дифузний, вузлуватий, змішаний.

Масова йодна профілактика – найпоширеніший і економічно вигідний метод для всіх

мешканців ендемічних районів.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1.Сімейна медична сестра навчає пацієнта на цукровий діабет методу самоконтролю за

перебігом хвороби. Який прилад вона застосує?

А Тонometr

В Глюкометр

С Спірометр

D Спірограф

Е –

2. У пацієнтки на цукровій діабет після введення інсуліну з'явилися різка загальна

слабкість, відчуття голоду, тремтіння. Пацієнтка збуджена, шкіра волога. Що повинна

зробити медсестра в першу чергу?

A Дати з'їсти грудочку цукру

B Ввести розчин кофеїну

C Надати горизонтальне положення з при піднятими ногами

D Ввести спазмолітичні препарати

E Застосувати гарячу ванну

3. В сімейну амбулаторію звернулася молода жінка, яка скаржиться на спрагу, поліурію,

сухість та свербіж шкіри, схильність до гнійничкових захворювань, підвищення апетиту.

До якого найбільш інформативного дослідження за призначенням лікаря медсестра

проведе підготовку пацієнтки?

A Загального аналізу крові

B Біохімічного аналізу крові

C Аналізу крові на цукор

D Загального аналізу сечі

E Визначення добового діурезу

4. У пацієнтки на цукровий діабет після перенесеної застуди стан погіршився: посилилася

спрага, з'явився біль в животі, нудота, блювання, сонливість. Свідомість відсутня, шкіра

суха, дихання шумне, запах ацетону з рота. Про яке ускладнення подумає медична сестра?

- A Гіпоглікемічну кому
- B Гіперглікемічну кому
- C Молочно-кислу кому
- D Гіперосмолярну кому
- E Церебральну кому

5.Пацієнтка 30р. скаржиться на дратівливість, схуднення, загальну слабкість, плаксивість,

серцебиття. Сімейний лікар запідозрив дифузний токсичний зоб. До якого обстеження

підготує пацієнтку медсестра?

- A Визначення рівня тиреоїдних гормонів в крові
- B Визначення рівня холестерину в крові
- C Визначення рівня глюкози в крові
- D Визначення тирокальцитаміну в крові
- E Визначення 17-кетостероїдів в крові

6.Сімейна медична сестра проводить з хворою на тиреотоксикоз профілактичну бесіду,

направлену на попередження тиреотоксичної кризи. Які причини цього ускладнення вона

повинна назвати?

- A Нестача в їжі білків та вітамінів
- B Переохолодження, гіподинамія
- C Дія ультразвуку та рентгенопромінювання
- D Медикаментозна та харчова алергія
- E Стресові ситуації, фізичні перевантаження

7.Після ГРВІ у пацієнта з мікседемою поступово наросла слабкість, адинамія, набряклість

підшкірної рідини (ямки при пальпації не залишаються), олігурія, виражена брадикардія,

гіпотензія, температура тіла нижче 35°C (не вимірюється звичайним термометром). Яке

ускладнення розвинулось у пацієнта?

- А Гіпоглікемічна кома
- В Гіперглікемічна кома
- С Гіпотиреоїдна кома
- Д Церебральна кома
- Е Уремична кома

8. У хворої, яка страждає на гіпертиреоз, після психоемоційної травми з'явилися різке

збудження, профузна пітливість, висока температура (40 °C), тахікардія, АТ 160/70 мм рт.ст.

Яке ускладнення розвинулось у пацієнтки?

- А Гіпертонічна криза
- В Тиреотоксична криза
- С Порушення мозкового кровообігу
- Д Напад стенокардії
- Е Напад серцевої астми

9. До сімейної медсестри звернулася пацієнтка, якій було проведено струмектомію. У неї

виявлені проблеми: в'ялість, загальна слабкість, зниження пам'яті, мерзлякуватість,

сонливість вдень. Шкіра суха, лущиться, не береться в складку, сухість, ламкість, випадіння

волосся. Про яке захворювання можна подумати?

- А Гіпотиреоз
- В Гіпертиреоз
- С Цукровий діабет
- Д Атеросклероз
- Е Акромегалія

10. Жінка 35 років, яка проживає у гірському районі, звернулася до сімейного лікаря зі

скаргами на потовщення і тиск в ділянці шиї, утруднене ковтання, захриплість голосу,

загальну слабкість. Яке захворювання можна запідозрити?

А Гіпотиреоз

В Дифузний токсичний зоб

С Рак щитовидної залози

Д Ендемічний зоб

Е –

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Сімейній м.с. пацієнт поскаржився на біль голови, шум в ухах, зниження апетиту,

нудоту, суд на 4 кг., сухість в роті, спрагу. Протягом 10 років спостерігається сімейним

лікарем з приводу підвищення АТ. Гіпотензивні препарати приймав не регулярно, АТ

залишається високим. Шкіра бліда, пульс – 88 уд./х, АТ – 200/120 мм рт. ст. симптом

Пастернацького слабо позитивний справа. В аналізі сечі – лейкоцити, циліндри, сліди білка.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

2. На амбулаторному прийомі пацієнтка І., 38 р., скаржиться на загальну слабкість,

сонливість, головний біль, відсутність менструації, біль у кінцівках, надмірну масу тіла з

переважним відкладанням жиру на животі, апатію, зниження пам'яті, оволосіння обличчя.

Захворіла 3 роки тому після аборту. Лікувалася в терапевтичному відділенні з приводу

гіпертонічної хвороби без ефекту. Менструації відсутні протягом 1 року.
Об'єктивно:

надмірна маса тіла, диспластичний розподіл жиру, переважно на обличчі, животі, грудях.

Широкі багряно-ціанотичні стрії на животі, стегнах, місяцеподібне обличчя багрово-червоного кольору, гірсутизм, мармуровість і ціаноз шкіри, множинні петехії на шкірі.

Пульс 96 за 1 хв., АТ – 220/120 мм рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

3. Сімейній м.с. пацієнтка скаржиться на інтенсивний біль голови, розлади місячних,

зміну зовнішнього вигляду, погіршення зору, пам'яті. Огляд: грубі риси обличчя, особливо

збільшені губи, язик, проміжки між зубами розширені, ніс, надбровні дуги, вушні раковини,

кисті та ступні, шкіра стовщена, волога, гіперпігментована, гіпертрихоз, кістки грудної

клітки стовщені, грудна клітка діжкоподібна. Пульс 80/хв, АТ 160/100 мм.рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

4. Пацієнт, 38 років, доставлено в лікарню в непритомному стані в супроводі сімейної медсестри. У пацієнта вдома мало місце психічне і рухове збудження, після чого

раптово знепритомнів. Багато років хворіє на цукровий діабет, лікується інсуліном.

Харчується нерегулярно. Під час огляду: відсутність свідомості, шкіра волога, посіпування

м'язів лиця, зіниці розширені. Число дихань – 32 за хвилину, пульс – 70 уд. за хв., АТ –

100/70 мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Надати НДМД.

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. На амбулаторний прийом до лікаря звернулася пацієнтка, 52 р., зі скаргами на

біль в ногах, почуття повзання « мурашок », охолодження нижніх кінцівок, незагоюючу

рану на лівій нозі. В розмові з лікарем з'ясувалось, що пацієнтка останнім часом почала

погано бачити і випивати в день до 3 літрів рідини. При огляді : надмірна вага , на шкірі в

ділянці живота багато фурункулів , шкіра ніг бліда, холодна на дотик, пульсація артерій

стоп ослаблена .

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

6. Пацієнтка, 31 року, скаржиться с.м.с. на серцебиття, задишку, біль в серці, періодичну температуру (37.2 – 37.5), підвищену роздратованість, схуднення, поганий сон.

Хворіє близько 2 років. Об'єктивно: пацієнтка худа, емоційно лабільна, шкіра волога,

екзофтальм, тремор рук, шия потовщена. Пульс – 112 уд. За 1 хв.. АТ – 150/70 мм. рт. ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.? Пояснити причину АГ.
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
7. У пацієнта Н., 45 років, із захворюванням щитоподібної залози після психотравми (помер родич) різко погіршився стан: підвищилась температура до 40 °С,

рясне потовиділення, невпинне блювання, профузний пронос. PS – 180 уд. за 1 хв. АТ –

210/100 мм.рт.ст. Пацієнт лежить, марить, розкинувши руки в боки, з розведеними в

напівзігнутому положенні ногами.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

8. Пацієнтка К., 40 років, звернулась в сімейну поліклініку зі скаргами на ниючий біль в

ділянці серця, слабкість, сонливість, мерзлякуватість, набряк обличчя, надмірну масу тіла,

порушення слуху, зору, погіршення пам'яті, поганий апетит, закрепи, метеоризм,

аменорею. Захворіла поступово, півроку тому. Пацієнтка загальмована. Шкіра суха, бліда

з лимонним відтінком, пастозність обличчя, шиї, рук і носа. Очні щілини звужені, товсті

губи і ніс. Пульс 50 за 1 хв., ритмічний, АТ 100/50 мм. рт.ст. температура 35,5°C.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

9. Пацієнта Ш., 40 років, турбує слабкість, сонливість, мерзлякуватість, набряк

обличчя, шиї, погіршення пам'яті, слуху, закрепи. Після ГРВІ у пацієнта поступово

наростала слабкість, адинамія, набряклість підшкірної клітковини (ямки при пальпації не

залишаються), олігурія, виражена брадикардія, гіпотензія. Температура тіла – нижче 35°C

(не вимірюється звичайним термометром).

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацлікування.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

10. На прийом до сімейного лікаря звернулася жінка 30р., жителька Прикарпаття, зі

скаргами на слабкість, зниження працездатності, стовщення шиї, відчуття тиску в ній.

Симптоми наростали поступово. Шкірні покриви бліді, пульс 60 уд/хв, АТ – 110/60 мм

рт.ст., температура – 36,2 С. Пальпується збільшена щитоподібна залоза.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. Надайте рекомендації щодо корекції харчування пацієнтки.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

ГІПЕРГЛІКЕМІЧНА (ДІАБЕТИЧНА) КОМА

I ЕТАП

- Викликати лікаря
- Свідомість збережена – лужне питво.
- Знепритомнення: покласти хворого, повернувши голову на бік.
- У разі блювання – туалет порожнини рота.
- Зняти зйомні протези (за наявності).
- Глюкометрія.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Інсулін 20 ОД в/м, потім щогодини по 10 ОД інсуліну в/м.
- Використовувати тільки інсуліни короткої дії: хумодар Р, монодар,
- фармасулін Н, актрапід
- Після зниження глікемії до 13-14 ммоль/л перейти до п/ш введення інсуліну
- по 6 ОД кожні 4 години
- Натрію хлорид 0,9% 200 мл в/в краплинно
- Гідрокарбонат натрію 4% 200 мл в/в краплинно (для усунення ацидозу)
- Діазепам 0,1 мг/кг в/в (при судомному синдромі)

- Калію хлорид 3% 100-200 мл в/в (для усунення гіпокаліємічного синдрому)
- Глюкоза 5% 200-400 мл в/в (для профілактики гіпоглікемії)

III ЕТАП

- Госпіталізація в реанімаційне відділення на ношах.
- Щогодинне визначення рівня глюкози в крові та ацетону в сечі.
- Виконання призначень лікаря.
- Корекція дієти.

ГІПОГЛІКЕМІЧНИЙ СТАН

Прийом простих вуглеводів у кількості 1-2 хлібних одиниць (ХО): цукор (4-5 шматочків

розчинити у воді або чаї), або мед, або варення (1-1,5 ст. ложки) або 200 мл солодкого

фруктового соку. Якщо гіпоглікемія спричинена інсуліном тривалої дії, то додатково з'їсти

1-2 хлібних одиниці вуглеводів, які повільно всмоктуються (хліб, 2 ст. ложки каші тощо).

ГІПОГЛІКЕМІЧНА КОМА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Пацієнта повернути на бік, звільнити ротову порожнину від залишків їжі (не можна вливати в ротову порожнину солодкі розчини!).
- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

- Підготувати і за призначенням лікаря ввести:
- Глюкоза 40% р-н 60 мл в/в струминно до повного відновлення свідомості
- Адреналіну гідротартрат 1 мл 0,18% р-ну п/ш введення та глюкагон 1 мл в/м або п/ш

з метою активації глікогенолізу

- Глюкоза 5% 2-4 мл/кг в/в краплинно
- Дексаметазон 2 мг в/в струминно на 10,0 мл 0,9% NaCl
- або 30-90 мг преднізолону.
- Глюкоза 5% розчин 200 мл в/в для підтримки глікемії в межах 7-11 ммоль/л.
- Магнію сульфат 25% 5 мл на 0,9% натрію хлориду 200 мл в/в краплинно
- (у випадку затяжної коми)
- Діазепам 0,1 мг/кг в/в (при судомному синдромі)

III ЕТАП

- Виконання призначень лікаря.
- Контролювати правильність введення пацієнтом інсуліну.
- Навчити хворого розраховувати і набирати призначену дозу інсуліну.
- Навчити пацієнта самопомозі при перших ознаках гіпоглікемії.

ТИРЕОТОКСИЧНИЙ КРИЗ

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Надати пацієнту горизонтального положення.
- Забезпечте постільний режим.
- Фізичні методи охолодження.
- Постійна оксигенотерапія.
- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Мерказоліл 20-30 мг/добу перорально, через назогастральний зонд або ректально
- або Тіамазол 60-90 мг/добу
- Р-н Люголя 10 мл 1% на 500,0 мл 5% р-ну глюкози в/в крапельно або в клізмі

- (1 г йоду, 2 г натрію йодиду, 100 мл дистильованої води)
- Дексаметазон 2 мг кожних 6-8 год. в/в струмино на 10,0 мл 0,9% NaCl
- Метопролол 5,0-10,0 (5-10 мг) на 10,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в струминно повільно
- Діазепам (сибазон) 2,0-4,0 мл 0,5% р-ну в/м при психомоторному збуженні
- Інфузійна терапія: розчини дисоль, трисоль, Рінгера разом з 5% р-м глюкози у

співвідношенні 1 : 1 не більше 2-3 л на добу.

- Аскорбінова кислота 0,5% 6,0 мл на 200,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в краплинно
- Тіаміну хлорид 5% 2,0 мл на 10,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в струминно
- Піридоксину гідрохлорид 5% 1,0 мл на 10,0 мл 0,9% р-ну NaCl в/в струминно
- Альбумін, плазма, колоїдні інфузійні розчини для покращення мікроциркуляції.

III ЕТАП

- Контроль АТ, пульсу, температури тіла.
- Виконання призначень лікаря.
- Максимальне щадіння психіки пацієнта.

ГІПОТИРЕОЇДНА (МІКСЕДЕМАТОЗНА) КОМА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Зігріти хворого (закутування ковдрами).
- Повільне збільшення температури повітря в палаті на 1°C/год, не вище 25°C.
- Оксигенотерапія.
- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Преднізолон 100 мг/добу в/в краплинно або

- гідрокортизону гемісукцинат 100-130 мг/добу в/в краплинно.
- Замісна терапія тиреоїдними гормонами:
о тироксин 400-500 мкг через назогастральний зонд кожні 6 годин або
о трийодтиронін 100 мкг (трансназально), додаючи 25-100 мкг кожні 12 годин.
- Кордіамін 2-4 мл в/в (стимуляція дихального центру).
- Розчин глюкози 40% 20-30 мл в/в струминно, далі 50-100 мл 5% р-ну глюкози в/в краплинно.
- При колапсі: розчин рефортану чи стабізолу 200 мл в/в краплинно; розчин альбуміну чи 5% р-н глюкози в/в краплинно
- При брадикардії: розчин атропіну 0,1% 0,5-1 мл п/ш
- При серцевій недостатності: строфантину 0,05% 0,5 мл в 5% 300 мл р-ну глюкози в/в краплинно; кокарбоксілаза 50-100 мг; ліпоєвої кислоти 0,5% 2 мл, мілдронат 10% 5-10 мл в/в
- При вираженому респіраторному ацидозі – ШВЛ.

III ЕТАП

- Виконання призначень лікаря.
- Контроль ЕКГ, АТ, ЧСС, ЧДР.

СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВИЙ (ФЕОХРОМОЦИТОМНИЙ) КРИЗ:

1. Виміряти АТ
2. Викликати лікаря
3. Налагодити венозний доступ
4. за призначенням лікаря підготувати та ввести:

- α-адреноблокатори (в/в 1мл.1% р-ну тропофену або 2-4 мл. р-ну фентоламіну,

повторювати кожні 5 хв. до зниження АТ, надалі переходять в/м кожні 4 год. до стійкої

нормалізації АТ)

- β – адреноблокатори (при тахікардії)
- седативні

Периферійні симпатолітики протипоказані!

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Здійснення м/с процесу сімейною м/с при ендокринній патології.

Рекомендації до написання рефератів:

Опрацювати тему та скласти реферати (або підготувати презентації) за наступним планом:

- визначення захворювання (синдрому)
- етіологія та патогенез хвороби (синдрому)
- клінічні форми та прояви захворювання (синдрому)
- перебіг хвороби, дійсні та супутні проблеми, шляхи їх вирішення
- потенційні проблеми, тактика сімейної медсестри при гострих станах
- діагностика захворювання, участь сімейної медсестри в її проведенні
- основні методи лікування, роль сімейної медсестри
- особливості догляду за пацієнтом сімейною медсестрою
- напрями первинної та вторинної профілактики на дільниці сімейної медицини

Практичне заняття №9

Тема заняття: Захворювання кровотворної системи в практиці сімейної медицини

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатії.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ Аналіз – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ Синтез – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ Оцінювання – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ Загальні компетенції:

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Неси професійну відповідальність за свої дії.

- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

17.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

18.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Анемії є поширеною патологією, що часто має поступовий розвиток і через це

несвоєчасно діагностуються. Сімейна медсестра повинна пам'ятати, що анемія не є

самотійним захворюванням, а являється патологічним станом, який розвивається в

наслідок різноманітних причин. Анемії можуть розвиватись в будь-якому віці, у тому

числі пубертатному та клімактеричному періодах, не тільки при захворюваннях, а й при

деяких фізіологічних станах (під час вагітності, лактації, в період посиленого росту).

Найбільш розповсюдженим захворюванням крові є залізодефіцитна анемія.

Актуальним для України є зростання частоти апластичної анемії та лейкозів серед осіб

молодого та середнього віку внаслідок дії іонізуючої радіації після аварії на ЧАЕС,

погіршення екологічної ситуації. Спостерігається зростання частоти лейкозів серед дітей.

Значна поширеність геморагічних діатезів, особливо серед дітей та осіб молодого віку,

внаслідок росту імунно-алергічних процесів, робить цю проблему актуальною.
На гемофілії

припадає близько 90% спадкових хвороб згортання крові, вони призводять до інвалідності

в дитячому віці.

ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ:

1. Робота сімейної м/с на амбулаторному прийомі. М/с обстеження пацієнтів з

патологією кровотворної системи.

2. Оцінювання стану пацієнтів при виявленні різних захворювань кровотворної

системи.

3. Виявлення проблем пацієнтів з різною патологією та складання плану м/с втручань

4. Участь м/с в обстеженні пацієнтів підготовка хворих до взяття біоматеріалу (кров з

вени на біохімічне, імунологічне, цитохімічне, цитогенетичне дослідження і сеча

на дослідження)

5. Участь м/с в проведенні стерильної пункції трепанобіопсії клубової кістки, біопсії

лімфатичних вузлів, підготовка та асистування лікарю.

6. Надання невідкладної долікарської медичної допомоги при геморагічному синдромі

7. Організація і ведення домашнього стаціонару при конкретному захворюванні (

анемії, гемобластози, геморагічні захворювання)

8. Реалізація лікувальних та реабілітаційних заходів при конкретній патології.

9. Участь м/с в проведенні диспансеризації, реабілітаційних заходів і профілактики.

10. Правила техніки безпеки та охорона праці під час взяття біологічного матеріалу,

проведення інструментальних обстежень та надання медичної допомоги пацієнтові.

Анемічний синдром – пат.стан внаслідок зниження еритроцитів та/або гемоглобіну в

одиниці об'єму крові, що зумовлює гіпоксію всіх органів і тканин.

Клініка: запаморочення (потенційна проблема – ризик падіння), шум у вухах, наростаюча

слабкість («ватні» ноги), «мушки» перед очима, серцебиття, колючі болі в серці, задишка

(відчуття незадоволеного вдиху), схильність до гіпотонії, блідість шкіри та видимих

слизових.

Сидеропенічний синдром – внаслідок зниження рівня сироваткового заліза (тканинний

дефіцит заліза)

Клініка: спотворення смаку та нюху, дистрофічні зміни шкіри та придатків, зеленкуватий

відтінок шкіри, дисфагії, порушення функції сфінктера сечового міхура.

Гостра постгеморагічна анемія: синдром ГССН(постгеморагічний колапс)

Хронічна постгеморагічна анемія: повільнонаростаючий анемічний синдром.

ЗДА: анемічний, сидеропенічний синдроми. В 100% - недоношених дітей, 40% - до трьох

років, у 90% - аліментарна природа.

В12-фолієводефіцитна анемія: анемічний синдром, ШКТ-синдром (прояви ахілії),

неврологічний синдром (фунікулярний мієлоз), шкіра і склери дещо жовтуваті, буває

вроджена і набута.

Гіпо- та апластична анемія: анемічний, геморагічний, інфекційно-токсичний синдроми

(через заміщення кісткового мозку жировою тканиною – панмієлофіт, відтак –

панцитопенія), спадкозумовлена та набута.

Гемолітична анемія: анемічний синдром, синдром гемолітичної жовтяниці, шкіра з

лимонним відтінком. Вроджена та набута. Потенційна проблема – гемолітична криза.

- додаткові методи дослідження (будуть залежати від причини розвитку анемій).

Гемобластози – злоякісні пухлини кровотворної системи. Групи: лейкемії (починаються

з кісткового мозку з наступним метастазуванням в інші органи системи крові), лімфоми

(лімфогранулематоз – хвороба Ходжкіна, неходжкінські лімфоми)

Лейкоз (лейкемія). Гетерогенна група злоякісних уражень системи крові, які розвиваються внаслідок злоякісної трансформації гемопоетичних клітин у кістковому мозку.

Залежно від кількості лейкоцитів і лейкозних клітин в периферичній крові, розрізняють

лейкемічні (сотні і десятки тисяч лейкоцитів в 1 мкл крові), сублейкемічні (не більше 15-25

тисяч в 1 мкл крові), лейкопенічні (лейкоцитів менше норми, але лейкозні клітини

виявляються) і алейкемічні (лейкозні клітини в крові відсутні) варіанти лейкозу.

За ступенем диференціації (зрілості) клітин і характером перебігу всі лейкози діляться на

гострі і хронічні.

Гострий лейкоз це злоякісна пухлина кісткового мозку, яка виникає з кровотворних

клітин до IV класу клітин. А оскільки все кровотворення на цьому рівні поділяється на

два ростки: мієлобластний і лімфобластний, то і гострі лейкози також розділяють на

мієлобластні та лімфобластні.

В периферичній крові знаходять бластні клітини. Для гострого лейкозу характерна

відсутність перехідних дозріваючих форм між бластами та зрілими елементами (так

званий лейкоемічний провал). Гострі лейкози мають злоякісний перебіг.

Хронічні лейкози характеризуються розростанням дозріваючих і зрілих клітин V-VI

класу, відносно сприятливим перебігом. Вони поділяються на мієлопроліферативні та

лімфопроліферативні. В перебігу хронічних лейкозів виділяють дві стадії:

1) доброякісна або моноклонова - триває роки і легко піддається медикаментозній

корекції;

злоякісна або поліклонова - хронічний лейкоз трансформується в гострий, з'являються

бласти. Перехід в другу стадію відбувається раптово і називається бластним кризом.

І гострі і хронічні лейкози поділяються в залежності від того, яка клітина кістково мозку

вражається (наприклад: гострий недиференційований лейкоз, гострий лімфо лейкоз, хронічний лімфо лейкоз)

Лімфопроліферативний синдром (гостра лейкемія, хронічний лімфолейкоз, лімфоми):

лімфаденопатія (від горошини до голівки новонародженої дитини, м'якої тістуватої

консистенції, б/болісні, не спаяні з оточуючою тканиною, шкіра над ними не змінена),

лімфоїдна проліферація кісткового мозку, гепатоспленомегалія, інтоксикаційний синдром,

лейкеміди, симптоми стиснення (збільшення регіонарних л/в – медіастістинальних, мезентеріальних).

Мієлопроліферативний синдром (хронічна мієлоїдна лейкемія, ідіопатичний мієлофіброз,

справжня еритремія): гепатомегалія, спленомегалія (біль у лівому підребер'ї, збільшення

живота із-за гігантської селезінки, яка охоплює весь живіт аж до малого таза, з ймовірним

розривом і масивною кровотечею).

Лімфоми - регіонарні пухлини лімфатичної тканини з ураженням периферичної

лімфатичної системи, яка потім може метастазувати в кістковий мозок.

Починаються всі

лімфоми та лімфосаркоми із збільшення лімфатичних вузлів.

До цієї групи захворювань відносять:

1.Лімфогрануломатоз або хворобу Ходжкіна. Це лімфома, при якій в лімфатичних вузлах

знаходять клітини Березовського-Штернберга.

2.Неходжкінські лімфоми (лімфосаркоми). Це всі інші лімфоми, при яких не знаходять

клітини Березовського-Штернберга:

- грибоподібний мікоз

- ретикулосаркому

Лімфогранулематоз – пухлинне ураження лімфатичної системи з порушенням Т-

клітинного імунітету: інфекційно-токсичний, циркуляторно-гіпоксичний, геморагічний

синдроми, гіпергідроз, свербіж шкіри, гепатомегалія, збільшення л/в (50% шийні) –

поодинокі, рухливі неспаяні, помірно щільні, надалі охоплюються всі групи л/в з

утворенням великих конгломератів (синдром стиснення). В пунктаті л/в – клітини

Березовського-Штернберга.

Неходжкінські лімфоми (лімфосаркома) – пухлинний процес з незрілих клітинних

елементів лімфоїдної тканини в л/в, мигдаликах, печінці, селезінці та інш. вн.орг. Частіше

локальний перебіг, рідше – дисемінований. Початок частіше зі збільшення одного л/в або

групи л/в (шийна та надключична ділянки, можливий початок з л/в середостіння, рідко

заочеревинний простір (симптоми стиснення)): пальпаторно л/в б/болісні, щільні, в

подальшому спаяні з прилеглими тканинами, нерухомі. В пізніх періодах – загальні с-ми,

хоча у певної частини хворих вони виходять на перший перший план: слабкість,

втомлюваність, погіршення апетиту, схуднення, місцевий шкірний свербіж, блідість шкіри.

Геморагічні діатези.

Група захворювань, які характеризуються підвищеною кровоточивістю судин, обумовлені

ураженням одного або декількох ланок системи гемостазу:

- плазменного;
- тромбоцитарного;
- судинного.

Тромбоцитопенічна пурпура - захворювання частіше імунного генезу, в основі якого

лежить посилений розпад тромбоцитів зі зниженням їх кількості в крові.

Тромбоцитопенічна пурпура – хв-ба Верльгофа – аутоімунне захв. з руйнуванням

тромбоцитів.

Клініка: петехіально-екхімозний тип кровоточивості (Ітип – «шкура леопарда»),

дрібноточкові петехії, невеликі синці, кровоточивість слизових носа, ясен, рясні

менструації, крововиливи в мозок, яєчники, позитивний симптом «щипка» та «джгута».

ЗАК: зниж. кіль-ті тромбоцитів, подовження часу кровотечі, час згортання крові не

порушений.

Геморагічний васкуліт (хвороба Шенляйна – Геноха) – імунокомплексне захворювання, яке супроводжується асептичним запаленням мікросудин із деструкцією

стінок, тромбуванням та утворенням імунних комплексів.

Клініка: шкірна форма (висипи червоно-багряного кольору (папульозно-геморагічний, IV

тип кровоточивості – васкулітно – пурпурний), можливе злиття елементів висипу з

некрозом у центрі, тривалий час зберігається пігментація, висипи симетричні,

починаються з ніг, поширюються на стегна, сідниці, живіт, верх. кінцівки, обличчя), шкірно-

суглобова (летючість, болісність, набряк, уражених суглобів, як правило великих (1-2

тиж.)), абдомінальна (колікоподібний біль у животі, нудота, блювання, Ш-К кровотечі),

ниркова фарма (ознаки гостр. або хрон. гломерулонефриту). Коагулограма та кіль-ть

тромбоцитів – норма.

Гемофілія — захворювання, пов'язане із спадково зумовленою недостатністю синтезу

плазмових факторів згортання крові, яке клінічно проявляється підвищеною кровоточивістю. Хворіють чоловіки, носії хвороби – жінки.

Гемофілія – спадкове захв.(сцеплене зі статтю). А (недостатність VIII фактора згортання

крові), В (IX), С (XI), Д (XII)

Клініка: гемотомний тип кровоточивості (глибокі, болючі крововиливи в суглоби, м'язи,

ПШЖ клітковину, черевну порожнину, субсерозну оболонку кишок, гематоми в місцях

ін'єкцій, гемартрози (суглоби деформовані, рухомість обмежена)

ДВЗ – набута коагулопатія. Має дві фази: I – гіперкоагуляції і агрегації тромбоцитів (поруш.

Мікроциркуляції, сладж-синдром), II – гіпокоагуляція (геморагічний синдром), внаслідок

виснаження механізмів гомеостазу.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Функції гемопоетичної системи. Сучасний погляд на кровотворення.

2. Анемії. Визначення, етіологія, класифікація.

3. Постгеморагічна, залізодефіцитна, мегалобластна, гіпо- та апластична, гемолітична

анемії. Вікові аспекти.

4. Особливості перебігу анемій у немовлят, підлітків, вагітних, пацієнтів похилого віку.

5. Методи активного виявлення. Діагностика. Принципи лікування, реабілітаційних

заходів, диспансерного нагляду, профілактики, участь сімейної медсестри в їх проведенні.

6. Гемобластози. Визначення. Актуальність проблеми. Сучасні погляди на етіологію.

7. Мієлоїдні та лімфоїдні пухлини. Вікові аспекти. Методи діагностики. Принципи

лікування. Реабілітація. Профілактика.

8. Геморагічні захворювання. Визначення. Етіологія. Класифікація. Вікові аспекти. Методи

діагностики. Реабілітаційні заходи. Профілактика. Участь сімейної медсестри в їх

проведенні.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1.Пацієнтка перебуває на диспансерному обліку з приводу залізодефіцитної анемії. Які

поради щодо харчування надасть сімейна медична сестра пацієнтці?

А Вживати м'ясо, печінку, гранати

В Вживати морську рибу та морську капусту

С Вживати картоплю, моркву, квасолю

Д Вживати макаронні вироби

Е Вживати рис, горох, пшоно

2.У хворого 25р. після перенесеного грипу з'явилися загальна слабкість, кровотечі з носа та

ясен, біль у горлі при ковтанні, температура 39°C. Запідозрили гостру лейкемію. Назвіть

найбільш інформативне дослідження для даного захворювання?

А Загальний аналіз сечі

В Загальний аналіз крові

С Стернальна пункція

Д Біохімічний аналіз крові

Е Імунологічний аналіз крові

3.Сімейна медична сестра відвідала пацієнта з хронічною мієлоїдною лейкемією, після

виписки його з гематологічного відділення. Пацієнт пригнічений, знеохочений. На що

першочергово слід звернути увагу медичній сестрі для налагодження само-та

взаємодогляду пацієнта?

- А Проведення бесід з підтримання вольових зусиль пацієнта
- В Проведення бесіди про здоровий спосіб життя
- С Проведення бесіди з родиною про своєчасну оксигенацію
- Д Проведення бесіди з дотримання лікувального харчування
- Е Проведення бесіди з родичами про перебіг хвороби

4. Пацієнт 20р. перебуває на диспансерному обліку з приводу гемарогічного васкуліту

(хвороба Шенляйна-Геноха). Що порадить пацієнту сімейна медична сестра для

профілактики рецидивів хвороби?

- А Раціональне харчування
- В Загартовування організму
- С Уникнення контактів з алергенами
- Д Нормалізація ваги
- Е Запобігання травматизації, вібрації

5. Проводячи медсестринське обстеження пацієнта, необхідно з'ясувати стан здоров'я

родичів. Які захворювання системи крові є генетично зумовленими?

- А Залізодефіцитна анемія
- В Геморагічний васкуліт
- С В12-фолієводефіцитна анемія
- Д Хронічні хвороби печінки
- Е Гемофілія

6. Медична сестра доглядає хворого на постгеморагічну анемію. Яка проблема притаманна

цьому стані?

- А Болісне сечовипускання
- В Підвищена температура
- С Кашель
- Д Шкірні висипання

Е Запаморочення

7. У хворого діагностовано залізодефіцитну анемію. Який кольоровий показник є

характерним для даної патології

A 0,7

B 0,9

C 1,0

D 1,1

E 1,2

8. Пацієнтці С., 23 років, сімейний лікар встановив діагноз “Залізодефіцитна анемія”. Який

продукт харчування повинна порекомендувати медична сестра пацієнтці?

A Овочі

B Молочні продукти

C М'ясні продукти

D Фрукти

E Морську капусту

9. У пацієнтки Ю., 38 років, яка знаходиться на диспансерному обліку з приводу В-12

дефіцитної анемії з'явилися симптоми ураження нервової системи. Яка проблема у

пацієнтки буде пріоритетною при ураження нервової системи?

A Диспептичні розлади

B Парестезія кистей і стоп

C Підвищення температури тіла

D Жовтяниця

E Зниження апетиту

10. Пацієнт 36 років знаходиться на лікуванні в гематологічному відділенні з такими

проблемами: головний біль, головокружіння, блідість шкіри з жовтушним відтінком,

відчуття повзання “мурашок”, затерплість у кінцівках, яскраво - червоний, гладкий,

болючий язик. Який продукт медична сестра порекомендує пацієнту з метою дієтотерапії?

А Печінку

В Яблука

С Шоколад

Д Яйця

Е Моркву

11. Пацієнтка К., 45 , скаржиться на загальну слабкість, спотворення смаку, появу “заїдів”

у куточках рота, підвищену ламкість нігтів і волосся. Протягом останніх 10 років хворіє

хронічним гастритом зі зниженою секреторною функцією. Для якого захворювання

найбільш характерна дана клінічна картина?

А В-12 дефіцитна анемія

В Постгеморагічна анемія

С Гемолітична анемія

Д Залізодефіцитна анемія

Е Гіпопластична анемія

12. Хворому на залізодефіцитну анемію призначені препарати заліза. Виберіть цей препарат

А Ціанокобаламін

В Піридоксин

С Ферроплекс

Д Фосфолюгель

Е Фолієва кислота

13. Які поради , щодо харчування повинна надати медична сестра пацієнтці, яка страждає

на залізодефіцитну анемію?

A Вживати м'ясо , печінку, гранати

B Вживати морську рибу та морську капусту

C Вживати картоплю, моркву. квасоллю

D Вживати макаронні вироби

E Вживати рис, гречку, пшоно

14. В загальному аналізі крові хворої жінки виявлені такі зміни: гіпсохромна анемія,

мікроцитоз, анізо- і пойкилоцитоз. У сироватці крові рівень заліза 9,6 мкмоль/л. Для якого

захворювання характерні такі зміни?

A Гемолітична анемія

B В – 12-фолієводефіцитна анемія

C Гостра постгеморагічна анемія

D Залізодефіцитна анемія

E Тромбоцитопенія

15. Пацієнтка В., 53 років, скаржиться на загальну слабкість, головокружіння, відчуття

повзання “мурашок”, затерплість нижніх кінцівок, періодично прострілюючий біль у

кінцівках, а також на відчуття печії в кінчику язика. При обстеженні: шкіряні покрови бліді,

субктеричність склер, язик яскраво-червоний, блискучий, гладенький. В аналізі крові:

кольоровий показник – 1,4, макроцитоз еритроцитів, анізохромія, тільця Жолі, кільця

Кебота. Для якого захворювання типові ці ознаки?

A Залізодефіцитна анемія

B В – 12-фолієводефіцитна анемія

С Хронічна постгеморагічна анемія

Д Гемолітична анемія

Е Тромбоцитопенія

16. Пацієнтці 48-ми років, з діагнозом - хронічна постгеморагічна анемія, лікар призначив

дослідження калу на приховану кров. Медсестрі необхідно протягом 3 днів підготувати пацієнтку. Які продукти харчування найбільш доцільно виключити їй із свого

раціону?

А Солону, гостру їжу, какао, каву

В Капусту, квасолю, житній хліб, молоко.

С Смажену, копчену, жирну їжу, алкоголь.

Д Шоколад, цукерки, тістечка, макарони.

Е М'ясо, рибу, печінку, яблука.

17. Ви обстежуєте пацієнта на залізодефіцитну анемію. Виявили слабкість, серцебиття, біль

у серці, задишку, спотворення смаку, Що з наведеного є типовою дійсною проблемою у

даному випадку?

А Спотворення смаку

В Слабкість

С Серцебиття

Д Біль у серці

Е Задишка

18. Визначте дійсні проблеми пацієнта з В-12 фолієво-дефіцитною анемією

А Метеоризм, гикавка

В Задишка, нудота

С Біль у язика, сухість у роті

Д Біль в горлі, лихоманка

Е Свербіж шкіри, ламкість нігтів

19.Пацієнт 48 років скаржиться на загальну слабкість, сонливість, ламкість нігтів,

спотворення смаку (бажання їсти крейду, білу глину, тощо). Після клінічних і лабораторних

обстежень встановлено діагноз: “Залізодефіцитна анемія”. Які дані об’єктивного

обстеження виявить медична сестра на I етапі медсестринського процесу?

A Блідість шкірних покривів, наявність петехій та кровотеч

B Блідість та сухість шкірних покривів, тріщини в куточках рота, зламані нігті

C Порушення тактильної чутливості, жовтушність склер

D Блідість шкіри із землистим відтінком зі слідами крововиливів

E Шкіра набуває різного кольору, що надає їй характерного вигляду “шкіри леопарда”

20. У пацієнтки 55 років скарги на загальну слабкість, зниження працездатності, сонливість,

зниження м’язової сили, задишку, часті маткові кровотечі. Які продукти можна

порекомендувати пацієнтці:

A Манну кашу, свинину

B Креветки, морську капусту

C Кефір, картоплю, капусту

D Печінку, телятину, гречку

E Обмежити рідину і сіль

21. Пацієнтка 59 років, поступила у гематологічне відділення з приводу апластичної анемії.

Призначено стерильну пункцію. Що приготує медична сестра для проведення даної

процедури:

A Голку Касірського, шприци, перев’язувальний матеріал

B Пункційну голку, шприц Жане, серветки

С Троакар, шприц, серветки

Д Ін'єкційну голку, шприц, серветки

Е Скарифікатор, фільтрувальний папір

22. Пацієнт 30 років лікується з приводу гемолітичної анемії, скаржиться на загальну

слабість, біль у лівому підребер'ї, задишку. Яку допомогу Ви сплануєте при задишці:

А Горизонтальне положення, строгий ліжковий режим

В Укутування пацієнта, грілки до ніг

С Зігрівання кінцівок, теплі полоскання

Д Обмеження фізичних навантажень, доступ свіжого повітря, зручне положення

Е Допомога при пересуванні, здійсненні гігієнічних процедур

23. Пацієнт 41 року знаходиться на лікуванні в гематологічному відділенні з діагнозом В12-

фолієводефіцитна анемія. Які медикаменти є позитивно показаними для пацієнта?

А Ціанкоболамін, фолієва кислота

В Ретаболіл, неробол

С Стрептоміцин, сульгін

Д Рубоміцин, карміноміцин, циклофосфан

Е Хлорбутин, циклофосфамід

24. У вагітної жінки 22 років діагностовано В-12 фолієводефіцитну анемію. Медсестрі

необхідно повідомити родичів про особливості її харчування. Якими продуктами найбільш

доцільно збагатити раціон пацієнтки?

А Шоколадом, цукерками, тістечками.

В Рибою, яблуками, шоколадом.

С Овочами, фруктами, ягодами.

Д Кисломолочними продуктами.

Е М'ясом, печінкою, нирками.

25. Медсестра гематологічного відділення проводить вибірку призначень лікаря пацієнтів

хворих на геморагічний діатез. Що відносяться до геморагічних діатезів?

А Справжня поліцитемія

В Есенціальна тромбоцитемія

С Тромбоцитопенічна пурпура

Д Злоякісна лімфома

Е Мієломна хвороба

26. До відділення поступив молодий чоловік зі скаргами на сильний біль в правому

колінному суглобі. З анамнезу відомо, що він з дитинства хворіє на гемофілію. Про що

свідчить скарга пацієнта?

А Гемартроз

В Задишка

С Лихоманка

Д Гіпергідроз

Е Поліурія

27. Пацієнтка 43 р. знаходиться на лікуванні в гематологічному відділенні з приводу

ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури (хв. Верльгофа) скаржиться на кровоточивість,

крововиливи в шкіру, загальну слабкість, швидку втомлюваність. Об'єктивно – шкірні

покриви характерного вигляду “шкіри леопарда”. Вночі виникла кровотеча з травного

каналу. Як вирішити дану проблему?

А Міхур з льодом на грудну клітку, переливання крові

В Холод на черевну порожнину, очисну клізму

С Холод на грудну клітку, спокій

D Переливання крові або кровозамінників

E Введення плазми, вікасолу

28. Пацієнт 20 років лікується з приводу геморагічного васкуліту (хв Шенляйна-Геноха).

Заплануйте навчання пацієнта з профілактики рецидивів:

A Нормалізація ваги

B Загартовування організму

C Раціональне харчування

D Уникнення контактів з алергенами

E Запобігання травматизації, вібрації

29. Пацієнт 19 років знаходиться на лікуванні в гематологічному відділенні з діагнозом:

гемофілія. У відділенні виникла кровотеча. Заплануйте медсестринські втручання при

кровотечі:

A Введення плазми, амінокапронової кислоти

B Оброблення місць кровотечі антигемофільним глобуліном

C Введення ліофелізованого концентрату

D Введення свіжозамороженої крові, переливання крові

E Введення свіжозамороженої або сухої плазми

30. Пацієнтка Д., 35 років, яка скарбується на хворобу Верльгофа, скаржиться на слабкість,

запаморочення, відсутність апетиту, велику кількість крововиливів на шкірі, носову

кровотечу, що триває 30 хв. Всі ці симптоми з'явилися після перебування в солярії. При

огляді загальний стан середньої тяжкості . АТ 100/60 мм рт. ст.. Пульс – 82 уд. за хв. Які дії

треба провести мед. сестрі в першу чергу?

A Зупинити носову кровотечу

B Направити в гематологічний центр

С Направити в лабораторію на загальний аналіз крові

Д Проводиться дієтотерапію

Е Проводити бесіду про шкоду інсоляції

ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Пацієнт, 45 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, шум у вухах , миготіння

« мушок » перед очима . Протягом 6 років хворіє гемороєм з періодичними кровотечами .

Пацієнт блідий, лімфатичні вузли не збільшені . Аналіз крові : гемоглобін – 62 г/л ,

еритроцити – $2.2 \cdot 10^{12}$ г/л, кольоровий показник – 0.6, лейкоцити – $4.2 \cdot 10^9$ г/л , ШОЕ - 15 мм

/год.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

2. На прийомі сімейного лікаря пацієнтка, 57 років, скаржиться на слабкість, швидку

втому, задишку, серцебиття під час ходьби, запаморочення, шум у вухах , поганий апетит ,

утруднене ковтання їжі , бажання їсти крейду, нудоту , відрижку повітрям, « тухлими

яйцями » , відчуття розпирання, важкості в надчеревній ділянці , нестійкі фізіологічні

випорожнення. Хворіє близько одного року , коли стала помічати швидку втому ,

запаморочення. Значно схудла , наприкінці дня з'являються набряки на ногах . Ріст 165 см.,

маса тіла 52 кг., шкіра та слизові оболонки бліді , гомілки пастозні. Нігті на руках

деформовані, язик вологий, сосочки згладжені.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
 2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
 3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
 4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
3. Пацієнт звернувся в сімейну поліклініку зі скаргами на загальну слабкість, поганий

апетит, утруднення при ковтанні, проноси, задишку, набряки, біль у язиці, оніміння в

кінцівках, зміни в ходьбі (похитування). Огляд: блідість шкіри з жовтушним віттінком,

одутлість обличчя, набряки гомілок, язик яскраво-червоний, гладкий, з тріщинами.

Пальпуються збільшені печінка та селезінка, відмічається зниження сухожильних

рефлексів.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
 2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
 3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
 4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
4. Пацієнтка 18 років скаржиться на слабкість, запаморочення, носові кровотечі,

крововиливи на шкірі ніг, живота, схуднення. Температура 38,2°C, шкірні покрити блідо-

сірі, землісті, на шкірі крововиливи, периферійні лімфовузли не збільшені. Пульс 120/хв,

АТ 100/60 мм.рт.ст. В ЗАК: зниження еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

5. Пацієнт доставлений в клініку в супроводі с.м.с. зі скаргами на сильну

остуду,
високу температуру, загальну слабкість, переймистий біль у шивоті, нудоту,
блювання.

Захворів 3 дні тому без видимих причин (після сильного перегріву на сонці).
Шкірні

покриви бліді, жовтяничні з лимонним відтінком, T- 40°C, язик сухий, пульс
– 104/хв., АТ

80/50 мм.рт.ст., селезінка та печінка помірно збільшені.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Надати НДМД.

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

6. Пацієнт, 43 років, скаржиться на кровотечу з ясен , появу крововиливів на
тілі,

біль в горлі, який посилюється при ковтанні, слабкість, підвищення
температури до 38°C .

Хворіє 2 тижні звернувся до сімейного лікаря. Шкіра бліда . На животі,
кінцівках –

крововиливи. Мигдалини збільшені, покриті сірим нальотом . Пальпуються
збільшені

лімфатичні вузли. Пульс – 96 уд. за хв., АТ – 100/60 мм. рт. ст. Тони серця
глухі , в легенях

везикулярне дихання . Печінка збільшена . Аналіз крові : еритроцити –
2.1·10¹²/л ,

гемоглобін – 80 г/л , кольоровий показник – 0,8; лейкоцити – 26.6·10⁹

г/л , сегментоядерні

– 9 % , бластні клітини – 80 % , ШОЕ – 60 мм/год .

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
7. Пацієнт поступив в клініку за направленням сімейного лікаря зі скаргами на слабкість, пітливість, підвищення температури 37,5 – 38,0 °С, збільшення шийних, пахвових, здухвинних л/в (розміром до курячого яйця), свербіння шкіри, біль в кістках. Хворіє 4 роки.

Хворий зниженої вгодованості, шкірні покриви бліді з жовтяничним відтінком, л/в м'які,

тістуватої консистенції, б/болісні, не спаяні між собою та зі шкірою. Збільшені печінка та

селезінка. В ЗАК – багаточисельні лімфобласти.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.
3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.
4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.
8. Пацієнтка поступила в гематологічне відділення у супроводі с.м.с. зі скаргами на виражену слабкість, підвищену пітливість, біль у суглобах та кістках, підвищення температури, біль у лівому підребер'ї, збільшення живота. Вважає себе хворим 1,5 роки.

Двічі лікувалась мієлосаном. Шкірні покриви бліді, пальпується збільшена печінка,

селезінка займає всю черевну порожнину, її нижній опускається до малого тазу. ЗАК:

бласти, базофільно-еозинофільна асоціація.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

9. Пацієнт на прийомі в сімейній поліклініці скаржиться на припухлість шиї, надключичної ділянки справа, загальну слабкість, рясну нічну пітливість, шкірний свербіж, підвищення температури, схуднення. Об-но: зниженої вгодованості, шкіра волога, бліда з ділянками гіперпигментації, сліди від розчухів. Справа пальпуються шийно-надключичні л/в, рухливі, щільно-еластичні, не спаяні зі шкірою.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

10. Пацієнта турбує підвищення температури тіла, місцевий шкірний свербіж (шийно-надключичні, підпахвинні ділянки), схуднення, погіршення апетиту, втомлюваність, слабкість, припухлість шийно-надключичної ділянки. Об-но: зниженої вгодованості, шкірні покриви бліді, температура тіла 37,8 °С. в шийно-надключичній, підпахвинній ділянках зліва пальпуються збільшені л/в б/болісні, щільні, нерухомі, не спаяні з оточуючими тканинами.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Медсестринський підхід до вирішення проблем пацієнта.

3. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною після стацілювання.

4. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

11. Пацієнтка 35 років, поступила у від. інтенсивної терапії за направленням сімейного лікаря зі скаргами на сильний біль розлитого характеру по всьому животі, появу

дрібноточкового петехіального геморагічного висипу, місцями зливного червоно-

багряного кольору, симетрично, на шкірі стегон і сідниць. Живіт напружений, при пальпації

різко болючий, позитивні сим-ми подразнення очеревини, гази не відходять, кров`янисті

виділення з прямої кишки, криваве блювання. С-ми з`явилися після переохолодження і

вірусної інфекції.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Надати НДМД.

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацлікування.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

12. Пацієнт скаржиться сімейному лікарю на різку слабкість, головокружіння, зміну

кольору випорожнень (мелена), появу синців на шкірі, носові кровотечі. Шкірні покриви

бліді, чисельні плямисті крововиливи різної давності, різного відтінку. Периферійні л/в,

печінка і селезінка не збільшені, живіт б/б., АТ -100/60 мм рт.ст.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?

2. Надати НДМД.

3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацлікування.

4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.

5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

13. Пацієнт 16 років доставлений в клініку за направленням сімейного лікаря в

зв'язку з кровотечею після видалення зуба, яка довго не припинялась. З дитинства відмічає

часті кровотечі, які виникали внаслідок навіть незначного удару, крововиливи у шкіру,

суглоби. Турбують боль в колінних суглобах. Шкірні покриви бліді. Колінні суглоби

деформовані, об'єм рухів в них обмежений. З анамнезу відомо, що дідусь також страждав

частими кровотечами, помер в 35 років від гострої (тяжкої) анемії.

1. Яке захворювання запідозрить с.м.с.?
2. Надати НДМД.
3. М/с підхід до вирішення проблем пацієнта після стацілювання.
4. Подальша тактика с.м.с. в роботі з пацієнтом та його родиною.
5. Участь с.м.с. в лікувально – діагностичному процесі.

АЛГОРИТМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

ЛЕГЕНЕВА КРОВОТЕЧА

I ЕТАП

- Заспокоїти хворого, звільнити дихальні шляхи від крові.
- Надати хворому положення напівсидячі, сидячі або повернути голову на бік.
- Підкласти до рота ниркоподібний лоток.
- Міхур з льодом на грудну клітку.
- Накласти джгути на нижні кінцівки (розвантаження малого кола кровообігу).

II ЕТАП

- Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Нітрогліцерин 1 таблетка під язик
- Еуфілін 2,4% 10 мл в/в струминно
- Амінокапронова кислота 5% 100 мл в/в краплинно
- Етамзилат (дицинон) 12,5% 2-4 мл в/в або в/м
- Вікасол 1% 1 мл в/м

III ЕТАП

- Викликати бригаду швидкої допомоги.
- Обов'язкова госпіталізація в хірургічне відділення.
- Визначити групу крові і резус фактор, бути готовим до переливання крові.
- Постійний контроль АТ.
- Слідкувати за прохідністю дихальних шляхів.

ШЛУНКОВО-КИШКОВА КРОВОТЕЧА

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Надати хворому горизонтального положення на спині, голову повернути на бік.
- Міхур з льодом на епігастральну ділянку.
- Забезпечення венозного доступу.

II ЕТАП

Підготувати і за призначенням лікаря ввести:

- Дати пити ковтками суміш: амінокапронова к-та 5% 10 мл + 0,9% NaCl 200 мл
- Етамзилат натрію (дицинон) 12,5% 2-4 мл в/в або в/м
- Амінокапронова кислота 5% 100 мл в/в
- Вікасол 1% 5 мл в/м
- Хлорид кальцію 10% 10 мл в/в
- Плазмозамінники: реосорбілакт, реополіглюкін 400 мл в/в (1,5-2 л)
- Альмагель по 1-2 ч.л. перорально

- Кордіамін 25% 2 мл п/ш

ІІІ ЕТАП

- Транспортування в хірургічне відділення спеціалізованим транспортом.
- Постійний контроль АТ, пульсу.
- Визначити групу крові та резус-фактор (в тяжких випадках переливання крові).
- Догляд при блюванні (слідкувати за кольором блювотних мас і калу).
- Виконання призначень лікаря

НЕПРИТОМНІСТЬ

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Покласти хворого на спину з опущеним головним кінцем, підняти ноги.
- Звільнити від стискаючого одягу.
- Збризнути обличчя і груди холодною водою.
- Дати подихати парами нашатирного спирту (на ватному тампоні).

II ЕТАП

- Підготувати і за призначенням лікаря ввести:
- Кофеїну бензоат-натрію 10% 2 мл п/ш.
- Кордіамін 2 мл п/ш.
- Сульфокамфокаїн 10% 2 мл п/ш.

ІІІ ЕТАП

- Контроль АТ і пульсу.
- Виконання призначень лікаря.
- Напоїти хворого гарячим чаєм, кавою.
- Госпіталізувати хворого із підозрою на органічне захворювання або за нез'ясованого походження нерпитомності.

КОЛАПС

I ЕТАП

- Викликати лікаря.
- Покласти хворого на спину з опущеним головним кінцем, підняти ноги.
- Звільнити від стискаючого одягу.
- Зігріти хворого (при відсутності кровотечі).
- Напоїти гарячим чаєм, кавою.

II ЕТАП

- Підготувати і за призначенням лікаря ввести:
- Кофеїну бензоат-натрію 10% 2 мл п/ш
- Кордіамін 2 мл п/ш
- Сульфокамфокаїн 10% 2 мл п/ш
- Мезатон 1% розчин 1 мл в/м
- Допамін 5 мл на 200 мл 0,9% розчині NaCl в/в крапельно
- Преднізолон 60-90 мг в/в з фізіологічним розчином натрію хлориду або глюкозою.

III ЕТАП

- Госпіталізація з використанням нош.
- Виконання призначень лікаря.
- Контроль АТ і пульсу.
- Усунути причини, що викликали колапс.
- Слідкувати за кольором шкірних покривів, загальним станом хворого.

САМОСТІЙНА РОБОТА:

Здійснення м/с процесу сімейною м/с при захворюваннях кровотворної системи.

Рекомендації до написання рефератів:

Опрацювати тему та скласти реферати (або підготувати презентації) за наступним планом:

- визначення захворювання (синдрому)

- етіологія та патогенез хвороби (синдрому)
- клінічні форми та прояви захворювання (синдрому)
- перебіг хвороби, дійсні та супутні проблеми, шляхи їх вирішення
- потенційні проблеми, тактика сімейної медсестри при гострих станах
- діагностика захворювання, участь сімейної медсестри в її проведенні
- основні методи лікування, роль сімейної медсестри
- особливості догляду за пацієнтом сімейною медсестрою
- напрями первинної та вторинної профілактики на дільниці сімейної медицини

Практичне заняття №10

Тема заняття: Охорона праці в галузі

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатії.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ **Аналіз** – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ **Синтез** – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ **Оцінювання** – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ **Загальні компетенції:**

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Неси професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

19.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

20.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Охорона праці в галузі сімейної медицини

Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я та працездатності медичних працівників.

Небезпеки в первинній медико-санітарній допомозі:

Біологічні ризики: Контакт із кров'ю, біологічними рідинами (ВІЛ, гепатити В/С).

Хімічні ризики: Робота з дезінфікуючими та мийними засобами.

Фізичні ризики: Травми від гострих предметів (уколи голками), електробезпека.

Обов'язки сімейної медичної сестри щодо Охорони праці:

Протиепідемічний режим: Суворе дотримання правил асептики/антисептики.

Поводження з гострими предметами: Використання спеціальних контейнерів для збору голок та шприців. Заборона одягати ковпачок на використану голку!

Засоби індивідуального захисту: Обов'язкове використання рукавичок, масок, захисних окулярів/щитків при роботі з інфекційними матеріалами.

Профілактичні огляди та вакцинація: Регулярне проходження медичних оглядів та планової вакцинації (особливо проти гепатиту В та грипу).

Дії при аварії: Знання алгоритму дій при контакті з інфікованим матеріалом (обробка рани, повідомлення керівництва, екстрена профілактика).

Успішна робота сімейної медичної сестри в ендокринології та гематології вимагає від неї високої діагностичної пильності для своєчасного виявлення системних порушень. Водночас, охорона праці є фундаментом професійної діяльності, гарантуючи, що медична сестра, надаючи допомогу пацієнтам, зберігає власне здоров'я та забезпечує безпеку робочого простору для всієї команди первинної медико-санітарної допомоги.

Практичне заняття №10

Тема заняття: Охорона праці в галузі. Диференційований залік

Результати компетентнісного навчання:

➤ **Фахові компетенції:**

❖ **Знання:** - здатність студента:

- Обстежити пацієнтів згідно діагностичного алгоритма:
- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження.
- Виконувати лікувально-профілактичні заходи.

Розуміння – здатність студента:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатію.

Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)

Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами

❖ **Застосування знань** – здатність студента

- Застосувати знання базових дисциплін.

Використовувати діагностичний алгоритм для висування і обґрунтування попереднього діагнозу на основі зібраного анамнезу та фізикального обстеження, підтверджувати та уточнювати його даними додаткових обстежень для клінічного діагнозу.

Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.

Заповнення медичної документації, виписування рецептів.

Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки.

- Здійснювати лікувально-профілактичні заходи.

Демонструвати такі компетенції:

Опитування та фізикальне (об'єктивне та суб'єктивне) обстеження пацієнтів із захворюванням на кардіопатії.

- ☐ Аналіз отриманих даних, визначення основних синдромів (серцевої недостатності.)
- ☐ Встановлення діагнозу, призначення додаткових методів обстеження. Вибір комплексного лікування та здійснення догляду за пацієнтами.
- ☐ Тактика фельдшера під час надання невідкладної допомоги пацієнтам з серцевою недостатністю.
- ☐ Заповнення медичної документації, виписування рецептів.
- ☐ Організація роботи з профілактики захворювань в умовах фельдшерсько-акушерського пункту, поліклініки

❖ Аналіз – здатність студента:

- Порівнювати симптоми і синдроми захворювань.
- Проводити диференціальну діагностику захворювань.
- Застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

❖ Синтез – здатність студента:

- Встановити зв'язок між загальноклінічними і спеціальними обстеженнями хворого
- Пояснювати принципи суб'єктивного та об'єктивного обстежень, лікування .

❖ Оцінювання – здатність студента:

- Обговорити запитання пацієнту при зборі анамнезу.
- Аргументувати доцільність проведення додаткових методів обстеження та лікування.
- Передбачити зміни симптомів в залежності від перебігу і стадії хвороби

❖ Загальні компетенції:

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність планувати та управляти часом.
- Навички інформаційних і комунікаційних технологій.

- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.
- Здатність до адаптації та дії в новій ситуації.
- Здатність генерувати нові ідеї.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Вміти правильно організовувати послідовність дій.
- Вміти критично оцінювати свою роботу.
- Вміти бути здатним до взаємодії і партнерства.
- Вміти застосовувати медичну етику і партнерство.
- Нести професійну відповідальність за свої дії.
- Вміти бути уважним та спостережливим.
- Вміти працювати в команді та приймати спільне рішення.

21.Методи навчання:

- вербальні (пояснення, інструктаж, розповідь, бесіда, навчальна дискусія, медичний інструментарій);
- наочні (схеми, алгоритми, муляжі, мультимедійні засоби, відеофільм);
- практичні (практичний тренінг);
- інтерактивні, інноваційні : проблемні ситуації та питання, «мікрофон», дискусія, «робота в малих групах».

22.Методи контролю:

- індивідуальне опитування;
- тестовий контроль;
- ситуаційні задачі;
- самоконтроль.

Система охорони здоров'я сьогодні — це понад три мільйони працюючих, тисячі лікувально-профілактичних, аптечних, санітарно-епідеміологічних установ, десятки науково-дослідних інститутів, центрів, вищих і середніх навчальних закладів, в яких експлуатується різне обладнання, комунікації, електроустановки, котельні, ліфти, водопровідно-каналізаційне господарство, технологічне обладнання харчоблоків та пралень, автотранспорт, посудини, що працюють під тиском, різноманітна медична техніка; застосовуються отруйні речовини і агресивні рідини.

У шкідливих і несприятливих умовах праці (інфекційні, психіатричні, онкологічні установи та відділення; радіологічна, рентгенівська, фізіотерапевтична, патологоанатомічна лабораторна служби; операційні, стерилізаційні, відділення гіперболістической оксигінації та ін.) зайняті сотні тисяч працівників охорони здоров'я. У зв'язку з цим, особливої значущості набуває проблема охорони та зміцнення здоров'я самого медичного

працівника, формування його ставлення до власного здоров'я та мотивації на здоровий спосіб життя.

Питання здоров'я медперсоналу та його безпеку на робочому місці в даний час набули особливого значення. Звичне поняття про техніку безпеки на робочому місці не відбиває всього різноманіття шкідливих факторів, що впливають на медичних працівників.

Рекомендації щодо створення безпечного лікарняного середовища:

Дотримуватись вимог, викладені в наказах і нормативних документах з охорони праці та забезпечення професійної безпеки в установах охорони здоров'я.

Забезпечувати ефективний контроль за впливом шкідливих і небезпечних виробничих факторів на робочих місцях.

Проводити вивчення причин професійної захворюваності сестринського персоналу.

Запровадити нові форми організації праці сестринського персоналу, що дозволяють ефективно використовувати їх творчий потенціал, раціонально використовувати робочий час, зменшити частку некваліфікованої праці, чітко розподілити відповідальність між усіма членами колективу та інші.

Проводити заходи, спрямовані на оздоровлення медичного персоналу: створення кімнат відпочинку, психологічного розвантаження.

Створення психологічного комфорту в колективі, тобто коли взаємовідносини з колегами визначаються загальною метою, довірою і взаємодопомогою, є умови для професійного зростання, правильно налагоджена система матеріального і морального заохочення.

На працюючих в установах охорони здоров'я впливають ті ж фактори, що і в будь-якій іншій галузі промисловості — захворюваність, умови та характер праці і т. д. Однак на медичний персонал більш ніж в інших галузях, впливають особливості професійної діяльності. Працю медичних працівників складно порівнювати з працею інших фахівців.

Медики відчують велику інтелектуальне навантаження, несуть відповідальність за життя і здоров'я інших людей, щодня вступають контакт з великою різноманітністю людських характерів, ця професія вимагає термінового прийняття рішень, самодисципліни, уміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, високою стрес-й завадостійкості.

Нерідко лікувально-діагностичні, реанімаційні заходи, оперативні втручання проводяться в нічний час, що значно ускладнює працю медичного персоналу.

Деякі групи медичних працівників у процесі професійної діяльності можуть піддаватися впливу багатьох факторів, небезпечних для здоров'я. Серед фізичних факторів, які можуть істотно вплинути на стан здоров'я медичного персоналу, одне з перших місць посідає іонізуюче випромінювання. У нашій країні десятки тисяч медичних працівників професійно пов'язані з впливом цього чинника. У діагностичних і лікувальних маніпуляціях під контролем рентгенівського випромінювання поряд з рентгенологами беруть участь хірурги, анестезіологи, травматологи, реаніматологи та середній медичний персонал. Рівні опромінення на робочих місцях цих фахівців, а також дози рентгенівського випромінювання, які вони отримують, в окремих випадках перевищують дози, одержувані рентгенологами і лаборантами. Великого поширення в медицині отримали прилади й устаткування, генеруючі неіонізуючі випромінювання та ультразвук. Вони широко застосовуються в фізіотерапевтичній практиці, хірургії та офтальмології при використанні лазерів, в процесі ультразвукової діагностики у пацієнтів хірургічних, гінекологічних та акушерських відділень. Праця багатьох медичних працівників пов'язана з напруженням зору, тому дотримання вимог до освітлення робочих приміщень та робочих місць персоналу є важливим елементом раціональної організації праці. Також для медперсоналу достатньо високий ризик інфікування вірусними гепатитами, ВІЛ-інфекцією, а сьогодні ще й COVID 19.

Зауважимо, що виникнення захворювання у медичного працівника залежить від підвищеної чутливості організму людини, відсутності або неефективності засобів індивідуального захисту, контакту з інфікованими пацієнтами, недосконалості інструментарію та обладнання. Контакт персоналу з потенційно небезпечними хімічними речовинами, що використовуються в установах охорони здоров'я, може становити небезпеку для здоров'я. Однією з особливостей професійної діяльності медичних працівників багатьох спеціальностей є контакт з інфікованими пацієнтами. Так, туберкульоз як захворювання, характерне для медичних працівників протитуберкульозних закладів, описаний у багатьох країнах.

Середній медичний персонал має власні особливості трудового життя. Зокрема, сестринський персонал відчуває великі інтелектуальні та психологічні навантаження, щодня стикаючись з різноманітністю людських характерів, з проявом болю, стражданнями. Завдання покладені на медичну сестру, роблять її роботу надзвичайно багатогранною і дуже складною. У зв'язку з цим, посилюється вплив цілого ряду несприятливих професійних чинників, пов'язаних з умовами і характером праці сестринського персоналу,

які негативно впливають на стан його здоров'я, приводячи до виникнення захворювань, втрати працездатності, інвалідності, а в ряді випадків — до безпосередньої загрози життю.

Однією з неодмінних умов трудової діяльності є здатність людини зрозуміти і контролювати умови своєї праці. Негативним моментом є той факт, що багато медичних працівників сестринського ланки, часто займаються самолікуванням, не звертаються своєчасно до лікаря, що призводить до хронізації хвороби.

Тож, можна зробити висновок: медичний працівник, у першу чергу, повинен бути для пацієнта прикладом щодо належного ставлення до власного здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна:

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т. та ін. Медсестринський догляд за пацієнтом: стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посіб. / Київ: Медицина, 2008. 320 с.
2. Медсестринство в терапії: підручник. / за заг. ред. М.І. Шведа, Н.В. Пасечко. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 546 с.
3. Середюк Н.В., І.П. Вакалюк І.П., Стасишин О.С. та ін. Внутрішня медицина: навч. посіб. / Київ: Медицина, 2013. 688 с.
4. Стасишин О.С., Ткачук Г.П. та ін. Медсестринство у внутрішній медицині: підручник. / Київ: Медицина, 2014. 536 с.
5. Шегедин М.Б., Шуляр І.А. та ін. Медсестринство у внутрішній медицині: навч. посіб. /

Київ: Медицина, 2009. 176 с.

Додаткова:

1. Антропова Т.О. Невідкладні стани в терапії: підручник. / Київ: Медицина, 2006. 142 с.

2. Баран С.В. Невідкладні стани у внутрішній медицині: навч. посіб. / Київ: Медицина, 2015. 136 с

3. Демченко О.К. Медсестринство в терапії: навч. посіб. / Київ: Здоров'я, 2001. 336 с.

4. Круглікова В.М., Шевцова Л.І. Практикум із внутрішніх хвороб у модулях: навч. посібник

/ Київ: Медицина, 2008. 384 с.