

**Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка**

**НАТАЛІЯ ЗАКАЛЯК
ОКСАНА ФІГУРА**

**ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ЕЛЕМЕНТАМИ
ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

ТЕКСТИ ЛЕКЦІЙ

**ДРОГОБИЧ
2019**

Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (протокол № 7 від 27. 06. 2019 р.)

Рецензенти

Флюнт Ігор-Северин Степанович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Копко Ірина Євгенівна, кандидат біологічних наук, доцент кафедри анатомії, фізіології та валеології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

Відповідальний за випуск

Грибок Н. М., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

Закаляк Н. Р., Фігура О.А.

З 18 ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ЕЛЕМЕНТАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ : тексти лекцій [для фахівців першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 227 Фізична терапія] / Н.Р. Закаляк, О.А. Фігура. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2019. – 102 с.

Тексти лекцій підготовлено відповідно до робочої програми навчальної дисципліни «Догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації» для фахівців першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 227 «Фізична терапія». Запропонований посібник сприятиме формуванню у студентів теоретичної бази і відповідних практичних навичок у сфері догляду за пацієнтами різних вікових категорій, фізичного стану, нозологічних форм захворювань і зумовлених ними обмежень життєдіяльності.

Рекомендується для студентів закладів вищої освіти, які вивчають фізичну терапію та ерготерапію, а також практикуючих фахівців у сфері фізичної реабілітації.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Лекція 1. Правила транспортування хворих	5
Лекція 2. Правила підтримування, переміщення та розміщення пацієнтів.....	15
Лекція 3. Спостереження за змінами у функціонуванні органів і систем організму хворої людини у зіставленні з клінічним перебігом захворювання.....	30
Лекція 4. Загальний догляд за соматичними хворими	46
Лекція 5. Основи спеціального догляду за хворими після інсульту	55
Лекція 6. Догляд за хворими з дисфункцією тазових органів	68
Лекція 7. Види простих лікувальних маніпуляцій та їх виконання.....	77
Лекція 8. Догоспітальна допомога у випадках претермінальних і термінальних станів	87
Відповіді до тестів.....	98
Додаток.....	99
Предметний покажчик.....	101

ВСТУП

Мета навчальної дисципліни «Догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації» – дати студентам сучасні теоретичні знання та сформувати відповідні практичні навички у сфері догляду за пацієнтами різних вікових категорій, нозологічних форм захворювань і обмежень життєдіяльності, що відіграє суттєву роль у сприянні процесу одужання, профілактики ускладнень та відновлення життєздатності.

Завдання дисципліни – сформувати у майбутніх фахівців з фізичної реабілітації практичні навички з переміщення пацієнтів, загального догляду за соматичними хворими, контролю за станом функціонування життєво важливих органів і систем організму, виконання простих лікувальних маніпуляцій; забезпечити досконале володіння майбутніми фізичними терапевтами і ерготерапевтами усіма практичними навичками, притаманними молодшому і середньому медичному персоналу, вміння надавати долікарську медичну допомогу безпосередньо в домашніх умовах і без допомоги медичного персоналу, чого вимагає інтегративна підготовка майбутнього спеціаліста до його відносно незалежної (автономної) професійної діяльності в різноманітних життєвих ситуаціях.

Саме тому в посібнику викладено основи нормативного курсу загального догляду за хворими. Розглянуто правила транспортування і переміщення пацієнтів, спостереження за змінами у функціонуванні органів і систем організму; розкрито основи загального догляду за соматичними хворими і спеціального догляду з елементами ерготерапії за хворими після перенесеного інсульту; висвітлені питання догляду за хворими з дисфункцією тазових органів та методики тренування рівноваги і ходьби після перенесеного інсульту; описані методики виконання простих лікувальних маніпуляцій та надання догоспітальної допомоги у випадках претермінальних та термінальних станів

Наведені у матеріалах лекцій рекомендована література, контрольні запитання, тестові завдання для самоконтролю допоможуть студентам у підготовці до практичних занять, виконанні самостійної роботи і, загалом, полегшать засвоєння навчального матеріалу, сприятимуть формуванню у них навичок самоосвіти й професійного самовдосконалення.

ЛЕКЦІЯ № 1

ПРАВИЛА ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРИХ

ПЛАН

1. Транспортування хворих: засоби та методи.
2. Використання функціональних ліжок.
3. Зміна білизни. Способи зміни постільної і натільної білизни.

1. Транспортування хворих: засоби та методи

У межах лікувального закладу хворого транспортують у супроводі медпрацівника пішки, або використовують засоби: крісла-каталки, каталки-ноші (носилки) та ноші, залежно від стану пацієнта. Засоби пересування забезпечуються простирадлами і ковдрами. У таблиці 1 наведено правила (особливості) транспортування хворих з різними діагнозами, яких необхідно дотримуватися, щоб транспортування не спричинило погіршення стану пацієнта [1, 6].

Таблиця 1

Особливості транспортування тяжкохворих при деяких захворюваннях внутрішніх органів і травмах

Діагноз	Особливості транспортування
Гострий інфаркт міокарда	Особливо обережно на ношах або каталці-ношах
Хронічна декомпенсована серцево-судинна недостатність з різко вираженою задишкою	На ношах або каталці-ношах у положенні напівсидячи. Для цього під голову та спину підкладають 2–3 подушки або складену у кілька разів ковдру. У разі відносно задовільного стану хворого можна транспортувати на кріслі-каталці
Колапс та інші форми гострої судинної недостатності	На каталці-ношах або ношах у положенні лежачи з опущеним головним кінцем. Для цього під ноги підкладають 1–2 подушки або валик з ковдри чи матраца. Хворого зігрівають за допомогою ковдри та теплих грілок
Шлунково-кишкова кровотеча	На спині без подушки. На надчеревну ділянку кладуть грілку з льодом
Травма хребта	На дерев'яному щиті
Непритомність	Непритомних хворих у разі небезпеки виникнення блювоти транспортують на ношах чи каталці-ношах на спині з повернутою набік головою; під голову підкладають клейонку та пелюшку.

Алгоритми транспортування хворих з використанням крісла-каталки, каталки-нош чи нош наведені в таблицях 2, 3, 4 [6].

Таблиця 2

Транспортування хворого за допомогою крісла-каталки

Етап виконання	Послідовність дій
Підготовчий	1. Якщо хворий при тямі, психологічно підготуйте його до транспортування 2. Оцініть стан пацієнта 3. Нахиліть крісло-каталку вперед, наступивши на підставку для ніг
Основний	1. Запропонуйте пацієнту стати на підставку для ніг, за потреби допоможіть йому сісти у крісло-каталку 2. Поставте крісло-каталку у вихідне положення, змінюючи за допомогою рамки положення спинки крісла та підставки для ніг, надайте пацієнту необхідне положення (сидячи, напівлежачи або лежачи) 3. Слідкуйте, щоб руки пацієнта під час транспортування не спадали з підлокітників крісла-каталки 4. Обережно транспоруйте хворого на підйомі та спуску крісла-каталки по похилій доріжці, у цей момент підтримуйте його. 5. Після доставки пацієнта до відділення за потреби допоможіть йому встати з крісла-каталки
Заключний	1. Продезінфікуйте крісло-каталку 2. Вимийте і висушіть руки

Таблиця 3

Транспортування хворого за допомогою каталки-ноші

Етап виконання	Послідовність дій
Підготовчий	1. Якщо хворий при тямі, психологічно підготуйте його до транспортування 2. Оцініть стан пацієнта 3. Застеліть каталку-ноші ковдрою, а за потреби – простирадлом. Покладіть подушку
Основний	1. Перекладіть пацієнта з кушетки на каталку-ноші 2. Надайте пацієнту зручного положення залежно від характеру захворювання чи ушкодження 3. Укрийте пацієнта простирадлом або ковдрою 4. Переміщуйте каталку-ноші головним кінцем уперед. За необхідності завезіть каталку-ноші у кабінку ліфта та відвезіть пацієнта на потрібний поверх 5. Після доставки пацієнта до відділення перекладіть його з каталки-ноші на підготовлене ліжко
Заключний	1. Продезінфікуйте каталку-ноші 2. Вимийте і висушіть руки

Транспортування хворого за допомогою нош [6]

Етап виконання	Послідовність дій
Підготовчий	1. Якщо хворий при тямі, психологічно підготуйте його до транспортування 2. Оцініть стан пацієнта 3. Застеліть ноші ковдрою, а за потреби – простирадлом. Покладіть подушку
Основний	1. Перекладіть пацієнта з кушетки на ноші 2. Надайте пацієнту зручного положення залежно від характеру захворювання чи ушкодження 3. Укрийте пацієнта простирадлом або ковдрою 4. Нести на ношах пацієнта можна вдвох або вчотирьох. На рівній поверхні несіть його головою вперед, не ідучи «в ногу» 5. Ідучи вгору сходами, несіть пацієнта головою вперед, при цьому опустіть головний кінець нош і підніміть ножний кінець 6. Ідучи вниз сходами, несіть пацієнта ногами вперед, піднявши ножний кінець нош 7. Після доставки пацієнта до відділення перекладіть його з нош на підготовлене ліжко
Заключний	1. Продезінфікуйте ноші 2. Вимийте і висушіть руки

Способи перекладання хворого з кушетки на каталку і навпаки

Кволих хворих необхідно вміти обережно переносити з носилок на ліжко або кушетку і навпаки. Перенести хворого може один медичний працівник, тримаючи його правою рукою під стегнами, а лівою – обхопивши груди на рівні лопаток (рис. 1) [4].



Рис.1. Транспортування хворого одним медичним працівником

Частіше переносять хворих два медичні працівники. Один із них підтримує правою рукою голову, шию і верхню частину грудей хворого, а ліву руку підводить під нижню частину грудей, другий – підводить руки під поперек і стегна. Якщо немає протипоказань, хворий може полегшити перенесення, але він повинен у цьому разі обіймати руками шию медпрацівника (рис. 2) [4].



Рис.2. Транспортування хворого з допомогою одного та двох медичних працівників

Якщо хворий дуже ослаблений або має велику масу тіла, перекладати його доводиться трьом медичним працівникам, до того ж, щоб маса його тіла була розподілена пропорційно між ними. Один тримає голову, шию і верхню частину грудей хворого, другий підводить руки під поперек і верхню частину стегон, а третій підтримує стегна і гомілки (рис. 3.) [4].

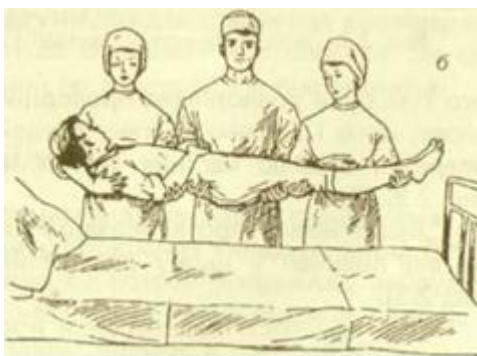


Рис.3. Транспортування хворого трьома медичними працівниками

Для зручності перенесення носії ставлять до ліжка під прямим кутом, паралельно, послідовно або впритул. Перекладання хворого на впритул поставлені до ліжка носилки вимагає від нього певних зусиль і тому не завжди рекомендується.

2. Використання функціональних ліжок

Для лежачого хворого важливо, щоб йому було зручно перебувати в горизонтальному положенні. Для цього використовують функціональне ліжко, яке є зручнішим, ніж звичайне, бо дає змогу надавати тілу хворого відповідного положення і поліпшити його обслуговування медичним персоналом [3, 4]. Функціональне ліжко складається з рухомих секцій, які змінюють положення за допомогою ручного чи механічного регулювання (рис. 4).



Рис. 4. Функціональне ліжко з механічним регулюванням

У різних модифікаціях сучасних функціональних ліжок ці секції мають той чи той кут нахилу. Ліжко для лежачих хворих може бути представлене в одній із чотирьох модифікацій (рис. 5, 6) [3]:

- Односекційна. Це найпростіший варіант конструкції. Таке ліжко для лежачих хворих має регулювання головної частини.
- Двосекційна. Така конструкція оснащена регулятором головної і ножної частин.

- Трисекційна. Таке ліжко має регулювання головної, тазостегнової і нижньої частин.
- Чотирисекційна. У цій конструкції присутні регульовані головна, тазостегнова, нижня і проміжна частини.



Рис. 5. Сучасні функціональні ліжка



Рис. 6. Сучасні багатофункціональні ліжка

Переобладнання звичайного ліжка під функціональне

Якщо немає можливості придбати спеціальний виріб, то можна переробити наявне ліжко вдома. По-перше, необхідно збільшити висоту ліжка. На ніжки для цього можна надіти гумові чохли і поставити їх на колодки або цеглу. Якщо пацієнт загалом рухливий і здатний сам вставати, то відстань від підлоги до матраца має бути 45–50 сантиметрів. Так буде забезпечений максимальний комфорт при ляганні і вставанні. Якщо використовується інвалідне крісло, матрац має бути з ним приблизно на одному рівні. До ліжка слід прикріпити опорну рамку. Вона забезпечить більш легке піднімання верхньої частини корпусу пацієнта під час годування. Також наявність опорної рамки дає змогу змінити положення тулуба або полегшити стан у разі задишки. Таким пристосуванням може бути перевернутий стілець або підголівник.

Ліжко також обладнується ще одним пристроєм, що полегшує підведення пацієнта і активізує його сили, – тросом. На ньому повинні бути вузли, що запобігають зісковзуванню рук. Підколінний валик також необхідний хворому для розслаблення мускулатури. Його можна скачати з якого-небудь підручного матеріалу (ковдри, простирадла). Також необхідно встановити опору для ніг, яку можна зробити із простої скриньки, яку покривають ковдрою та пелюшкою. Для звільнення корпусу пацієнта від тяжкості ковдри використовують спеціальну дротяну конструкцію навісного типу. Для опори голови використовується спеціальний валик. Однак його тривале застосування може спровокувати пошкодження в шийному відділі [4].

Оптимальне розташування ліжка

Поставити ліжко необхідно так, щоб світло з вікна не турбувало пацієнта під час денного сну. При цьому доступ до хворому необхідно забезпечити з усіх боків. Це суттєво полегшить догляд за ним та його перевертання з боку на бік. Якщо ліжко буде стояти впритул до стіни, то людина буде перебувати майже весь час на одній стороні тіла. Це може викликати розвиток односторонньої набрякості і пневмонії через недостатню вентиляцію легені. Позаяк пацієнт тривалий час перебуває у ліжку, необхідно регулярно підтримувати чистоту спального місця [3].

3. Зміна білизни. Способи зміни постільної і натільної білизни

Зміна білизни проводиться систематично, не рідше одного разу на тиждень, зазвичай після гігієнічної ванни. В окремих випадках зміна білизни може проводитися додатково в міру забруднення [4, 5].

Існує кілька способів зміни постільної білизни у тяжкохворих:

- брудне простирадло з-під голови і ніг скачують валиком і вилучають. Чисте простирадло, яке попередньо з двох сторін скачують валиками, як бинт, обережно підводять під крижі хворого і потім розправляють у напрямку голови і ніг. На простирадлі не має бути рубців і складок (рис. 7) [4];



Рис. 7. Зміна постільної білизни у тяжкохворих (1-й спосіб)

➤ хворого перекидають на край ліжка у положенні на боці, скачують брудне простирадло по довжині у вигляді валика, на його місце кладуть чисте, на яке перекидають хворого (рис. 8);

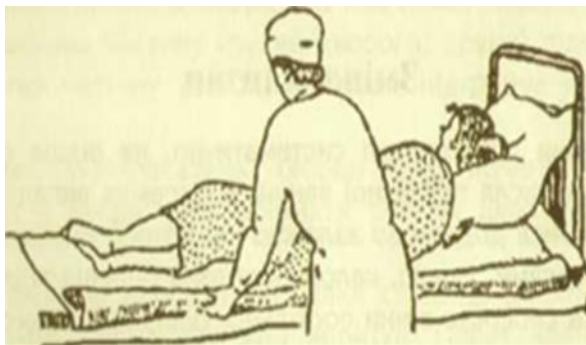


Рис. 8. Зміна постільної білизни у тяжкохворих 2-й спосіб

➤ з одного боку ліжка знімають брудне простирадло і заправляють чисте, перекладають хворого на каталку, замінюють використану постільну білизну, а потім хворого знову перекладають з каталки на постіль. Цей спосіб використовується у випадках, коли забруднені всі частини постелі – простирадла, матраци.

Постільну білизну мають міняти обов’язково дві людини, щоб з боку хворого була мінімальна затрата фізичних сил. Якщо хворому дозволено ходити, він може сам змінити постільну білизну.

Зміна натільної білизни здійснюється у такий спосіб:

- медична сестра підводить руки під крижі хворого, захоплює край сорочки і обережно підтягує її до голови. Після цього піднімають обидві руки хворого, скочену сорочку біля шиї переводять через голову і звільняють його руки. Одягають її у зворотному порядку;
- якщо у хворого ушкоджена рука, то спочатку знімають сорочку зі здорової руки, а потім з хворої; одягання проводять у зворотному порядку [4].

Рекомендована література

1. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації : навчальний посібник / А.С. Вовканич. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 184 с.
2. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными : учебное пособие / А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин, А.М. Хохлов. – М. : Медицина, 1999. – С. 26 – 35.
3. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными / А.К. Джамбекова, В.Н. Шилов. – Эксмо. – 2008. – 288 с.

4. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – 240 с.

5. Основи медичної та соціальної реабілітації в медсестринстві : навчальний посібник / Л.О. Вакуленко, І.Р. Мисула, Л.В. Левицька та ін. ; за заг. ред. Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 444 с.

6. Способи транспортування пацієнтів у лікувальне відділення [електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://studopedia.org/10-84849.html>

Контрольні запитання

1. Які засоби використовують для транспортування хворих?
2. Яких правил необхідно дотримуватися при транспортуванні важкохворих під час гострого інфаркту міокарда, з різко вираженою задишкою, колапсом, шлунково-кишковою кровотечею, травмою хребта, непритомністю?
3. Опишіть транспортування хворого на кріслі-каталці, каталці-ношах і ношах.
4. Які способи перекладання хворого з кушетки на каталку і з каталки на ліжко ви знаєте?
5. Розкажіть про раціональні способи розміщення каталки-нош відносно ліжка під час переміщення пацієнта.
6. Які ліжка вважають функціональними і з якою метою їх використовують? Яким чином можна переобладнати звичайне ліжко під функціональне?
7. Опишіть можливі варіанти зміни постільної білизни у тяжкохворих.
8. Опишіть методику зміни натільної білизни у тяжкохворих.

Питання для самостійного опрацювання

1. Основи санітарії та гігієни.
2. Асептика і антисептика в лікувально-профілактичних закладах.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Хворого з гострим інфарктом міокарда транспортують на:
а) ношах-каталці; б) кріслі-каталці; в) дерев'яному щиті.
2. При перекладанні хворого з каталки-нош на ліжко трьома медичними працівниками фізично найсильніша особа підводить руки:
а) під голову та лопатки хворого; б) поперекову ділянку і таз хворого; в) стегна та гомілки хворого.

3. Функціональні ліжка бувають:

а) трисекційні; б) двосекційні; в) чотирисекційні; г) усі відповіді правильні.

4. При різкому зниженні артеріального тиску у хворого:

а) пацієнт лежить на ліжку з опущеним головним кінцем до горизонтального рівня, і піднятим ніжним кінцем; б) пацієнт розташовується в ліжку у напівсидячому положенні; в) пацієнт лежить в ліжку строго горизонтально.

5. При переобладнанні звичайного ліжка під функціональне відстань від підлоги до матраца має бути:

а) 60–70 сантиметрів; б) 45–50 сантиметрів; в) 55–60 сантиметрів.

6. При зміні натільної білизни, якщо у хворого ушкоджена рука, то спочатку знімають сорочку:

а) зі здорової руки, а потім з хворої; б) з хворої руки, а потім зі здорової; в) не має значення, з якої руки розпочинати заміну білизни.

ЛЕКЦІЯ № 2

ПРАВИЛА ПІДТРИМУВАННЯ, ПЕРЕМІЩЕННЯ ТА РОЗМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

ПЛАН

1. Поняття про біомеханіку тіла. Біомеханіка тіла при різних положеннях
2. Підтримування, переміщення та розміщення пацієнта.

1. Поняття про біомеханіку тіла.

Біомеханіка тіла при різних положеннях

Закони механічних рухів у живих системах вивчає наука під назвою **біомеханіка**. Вона досліджує складні цілісні системи, до яких належить людина. Кожен рух людини підкоряється всесвітнім законам фізики. Але біомеханіка є більш складною наукою, ніж механіка, яка вивчає неживі тіла. Адже контроль над рухами здійснюється спільною роботою таких частин і органів людини, як скелет, м'язи, вестибулярний апарат, а також нервова система. **Біомеханіка тіла** – система взаємопов'язаних активних рухів людини і положень її тіла. У медицині особливе місце займає біомеханіка тіла. Тісним є зв'язок між біомеханікою і ергономікою, яка також відіграє важливу роль в охороні здоров'я. Ця наука займається вивченням переміщення вантажів, а також різноманітних неживих предметів. Ергономіка враховує декілька важливих чинників: виконувану роботу, самого пацієнта, навколишнє оточення, трудову організацію, навчання, а також людину, яка безпосередньо працює. Усі параметри мають бути релевантними і перебувати під наглядом. Робота вважається ергономічно виконаною, коли всі вказані фактори оцінені, ступінь ризику визначено і знижено настільки, що виконання поставленого завдання стає найбільш комфортним. У медичних установах вкрай важливо дотримуватися законів біомеханіки тіла і ергономіки. Тоді будь-які пересування та переміщення пацієнта або різних неживих предметів вручну стануть максимально зручними, ефективними й безпечними [4].

Правильна біомеханіка при різних положеннях тіла

У положенні сидячи:

- коліна мають бути дещо вищими стегон (для зменшення навантаження на поперековий відділ хребта);
- спина має бути прямою, а м'язи живота – напруженими;
- плечі мають бути розправленими і розташованими симетрично по відношенню до стегон;
- для того, щоб повернутися, перебуваючи в положенні сидячи, поверніться всім корпусом, а не лише грудьми, або плечима.

У положенні стоячи:

- коліна мають бути розслаблені так, щоб колінні суглоби рухалися вільно;
- маса тіла повинна бути розподіленою рівномірно на обидві ноги;
- ступні мають бути розставлені на ширину плечей (нарізно);
- для того щоб знизити навантаження на поперековий відділ хребта, станьте прямо і напружте м'язи живота і сідниць;
- розташуйте плечі в одній площині зі стегнами;
- для того, щоб повернутися, перебуваючи в положенні стоячи, спочатку поверніть ступні так, щоб за ними йшов корпус тіла.
- не починайте поворот з попереку.

У разі підняття важких речей:

- перед підняттям важких речей розташуйте ступні на відстані 30 см одна від одної, поставте одну ступню злегка вперед (для кращої опори);
- станьте поряд з людиною, яку ви будете піднімати так, щоб вам не треба було нахилитися вперед;
- притискайте людину, яку піднімаєте, до себе в процесі піднімання;
- згинайте лише коліна, піднімаючи людину, зберігаючи тулуб у вертикальному положенні;
- не робіть різких рухів;
- для того щоб повернутися, спочатку підніміть вантаж, а потім, спираючись на ступні, плавно повертайтеся, не згинаючи тулуба, доки вантаж перебуває у вас на руках

3. Підтримування, переміщення та розміщення пацієнта

Для підтримування пацієнта під час переміщення використовують один із захватів (захоплень), які схематично зображені на рис. 9 [4]:

1. Зап'ястковий одиничний захват: правою кистю обхопіть спереду правий зап'ясток вашого колеги – забезпечується можливість надійного піднімання пацієнта.

2. Подвійний зап'ястковий захват.

3. Захват рукою.

4. Захват пальцями.

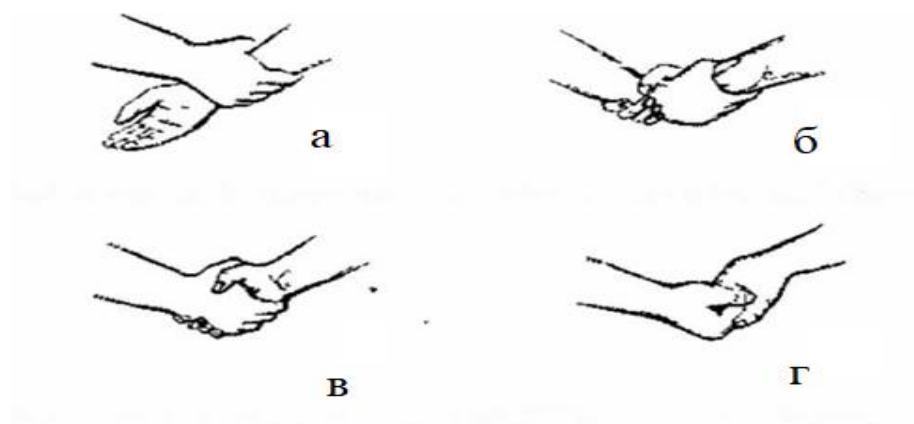


Рис. 9. Види захватів: зап'ястковий одиничний (а), подвійний (б), захват рукою (в), захват пальцями (г).

Методики підтримування пацієнта “захват із піднятим ліктем”, “підтримування за таз або талію-ремінь”, “пахвовий захват” наведені на рисунках 10, 11, 12.



Рис. 10. Підтримування методом “захват із піднятим ліктем”.



Рис. 11. Підтримування пацієнта за таз або талію-ремінь.



Рис. 12. Підтримування пацієнта методом “пахвовий захват”.

Переміщення – це безпечне пересування особи з однієї поверхні або з одного місця перебування до іншого, або перехід з однієї позиції в іншу. Залежно від розумових і фізичних здатностей пацієнта, переміщення може здійснюватися незалежно ним самим, за безпосередньої допомоги однієї чи кількох осіб (тобто залежно) чи за опосередкованої допомоги однієї особи (наприклад, згідно з отримуваними усними вказівками). Підлаштування пози пацієнта, яка виникає з тієї чи тієї потреби, або рухова активність пацієнта чи з пацієнтом, коли він перебуває у ліжку, також належать до групи переміщень. Здатність пересуватися догори, донизу, з боку на бік, перекинутися, перевертатися, переходити з сидючої пози у стоячу чи лежачу є важливими видами діяльності для пацієнта, що забезпечують його незалежність. Дуже часто то ці рухи є попередниками власне переміщення з ліжка чи мата на візок.

Вони також потрібні, щоб допомогти пацієнтові змінити свою позицію на більш комфортну, уникнути розвитку контрактур або пошкоджень шкіри. Реабілітолог у жодному разі не повинен зверхньо ставитися до навчання пацієнта чи членів його родини виконанню цих рухів і має наголошувати на їхній важливості. Підготовча діяльність може передбачати розвиток сили м'язів, рухливості суглобів (збільшення амплітуди рухів) та витривалості.

Для допомоги під час здійснення переміщення можуть бути використані такі пристосування й обладнання, як дошка для ковзання, гідравлічний або пневматичний ліфт, канат, умонтована над ліжком рама чи перекладина (“трапеція”). Ці пристосування можуть закріпити в пацієнта залежність від них, тому їх рекомендують використовувати лише пацієнтами, що не можуть здійснити без них безпечне переміщення, або в разі, коли реабілітолог не може сам допомогти їм безпечно здійснити переміщення [1].

Організація переміщення пацієнта (підготовка, принципи, застереження). Переміщення вимагає належного планування ще до того, як пацієнт починає пробувати його здійснити. Пацієнта необхідно проінформувати про здійснення переміщення та дати інструкцію, як допомогти його здійснити, чи як він має це зробити сам. Можливо, буде потрібно, щоб реабілітолог продемонстрував переміщення. Суворе дотримання правил техніки безпеки під час переміщення зміцнить упевненість пацієнта й забезпечить більшу його ефективність. Хоча набуття пацієнтом незалежності є одним із найважливіших завдань під час здійснення переміщення, першочерговим завданням і особливою відповідальністю фахівця з фізичної реабілітації є забезпечення належної підтримки й захисту пацієнта, щоб запобігти його травмуванню [1].

Підготовка. Вам потрібно буде підготувати пацієнта, навколишнє середовище, підготуватися самому та, можливо, забезпечити підготовку інших осіб перед тим, як розпочати переміщення. Насамперед слід перечитати медичну картку і провести опитування пацієнта, щоб визначитися у плануванні переміщення. Вам потрібно буде знайти відповідь на запитання, наприклад, які дії пацієнт був здатний виконувати раніше? Як він здійснює переміщення зараз? Які його обмеження і здатності? Яка допомога йому потрібна для здійснення руху в ліжку чи для здійснення переміщення? Чи є якісь застереження і на що слід звернути увагу, щоб захистити пацієнта або уникнути його подальшого травмування? Проведення реабілітологом обстежень, чи оцінювання пацієнта сприятиме визначенню його здатностей і обмежень. Необхідно прийняти відповідне рішення, базуючись на власних вимірюваннях, наявній письмовій інформації та цілях реабілітації, щоб визначитися з відповідною технікою переміщення. Коли ви складаєте план діяльності та

продумуєте, як її організувати, потрібно замислитися над запитанням, чи потрібна буде допомога інших людей або використання пристосувань. Якщо потрібне якесь обладнання, його слід доставити на місце, встановити й закріпити до початку роботи.

Підготуйте пацієнта до переміщення, пояснивши йому, що буде виконуватися, а в разі потреби продемонструвавши як саме. Потрібно проінформувати і проінструктувати пацієнта, якою буде його роль та як він може допомогти під час здійснення переміщення, чи як він сам може його здійснити. Пацієнт має бути належно одягнутий. Слід уникати занадто вільного одягу; занадто довгих штанів або піжам; взуття зі слизькою підошвою, занадто вільного чи затісного. Необхідне використання спеціального поясу для ходьби чи переміщень, особливо, якщо пацієнт переміщатиметься з однієї поверхні на іншу на ранніх етапах реабілітації [1].

Принципи. Після завершення планування потрібно звернутися до певних принципів, щоб краще подбати про безпечність переміщення. Потрібно проаналізувати його, розклавши на частини, такі як:

- розміщення обладнання,
- використання обладнання пацієнтом,
- позиція тіла пацієнта,
- рухи, які пацієнт повинен здійснити.

Може виявитися, що перед тим, як пацієнт здійснюватиме переміщення, загалом, йому потрібно попрактикуватися у його виконанні по частинах. Після того як ви проінструктували пацієнта, попросіть його повторити ваші інструкції власними словами, щоб визначити, що і як він зрозумів.

Коли здійснення переміщення розпочалося, реабілітолог повинен перебувати близько від пацієнта, щоб страхувати його. Використовуйте для забезпечення стабілізації і контролю пояс для ходіння, коліна, ділянки таза або верхньогрудної ділянки тіла пацієнта. Пересвідчіться, чи ви використовуєте правильну механіку тіла, коли допомагаєте пацієнтові. Не використовуйте верхню кінцівку пацієнта для скеровування чи контролю, оскільки ви не зможете контролювати тулуб і можете пошкодити кінцівку. Ваші інструкції пацієнтові і будь-якій особі, яка допомагає, мають бути короткі, конкретні й зорієнтовані на діяльність, яка виконується. Наприклад: “Насамперед, поставте на гальма візок; тепер підніміть підніжки; пересуньте свої стегна вперед; поставте свою праву ногу ближче до візка, а ліву – далі від візка” тощо. Будь-яка особа, яка допомагатиме вам здійснювати переміщення, повинна бути проінструктована щодо своїх функцій і має зрозуміти свої обов’язки. Керівні вказівки чи подальше інструктування можуть бути потрібні і в процесі

здійснення самого переміщення. Під час здійснення переміщення його можна використати і для навчання пацієнта. Заохочуйте пацієнта до мисленнєвої і реальної участі в переміщенні згідно з його можливостями і з урахуванням правил техніки безпеки [1].

Застереження. Існує кілька застережень, про які ви маєте пам'ятати, допомагаючи пацієнтові в переміщенні, незалежно від його стану, особливо, якщо воно здійснюється стоячи. Пацієнт повинен взути відповідне взуття – балетки, сандалі, черевики з гладкою шкіряною підошвою чи шкарпетки без взуття зменшуватимуть безпеку переміщення. Такі види взуття зазвичай не надають належної підтримки й не гарантують безпеку, а тому пацієнтові краще їх не використовувати. Пояс для ходьби є безпечним об'єктом для хапання і водночас зменшує потребу використання для цього одягу пацієнта. Реабілітолог повинен передбачати й виявляти пильність щодо виникнення різних незвичних реакцій з боку пацієнта так само, як щодо виникнення загрозливих ситуацій, спричинених використанням обладнанням. Всілякі бандажі чи пристосування, приєднані до пацієнта, чи такі, якими він послуговується (наприклад, гіпсові пов'язки, дренажні трубки, трубки для внутрішньовенного вливання), слід належно захистити від пошкодження. Спеціаліст із реабілітації повинен займати позицію, яка дасть змогу якнайкраще страхувати пацієнта й допомагати йому. Щоб запобігти травмуванню пацієнта внаслідок падіння, найкраще бути спереду і трохи збоку від нього, коли він стоїть. Ви будете змушені йти на певні компроміси у використанні механіки свого тіла, коли перебуватимете у такій позиції, але вона допоможе вам забезпечити максимальне страхування пацієнта. У ході завершення переміщення пацієнт може бути підстрахований за допомогою підколінного поясу, поручнів ліжка, шляхом розташування у центрі ліжка чи за допомогою інших подібних методів. Не залишайте пацієнта без нагляду, хіба що у випадку, коли йому забезпечені належне страхування, стабілізація та захист, щоб уникнути пошкодження [1].

Застереження для пацієнтів, що мають певні проблеми:

Коли фахівець із фізичної реабілітації допомагає пацієнтам, що мають певні проблеми, змінити своє положення в ліжку або здійснити переміщення, потрібно дотримуватися спеціальних застережних заходів, щоб уникнути додаткового травмування та погіршення їх стану. Приклади таких станів розглянуто нижче. Стани пацієнта, які потребують спеціальних застережних заходів під час його переміщення [1]:

1. Повна заміна кульшового суглоба, особливо в перші два тижні після операції. Стегно після проведення заміни кульшового суглоба не можна приводити у рух чи обертати, згинати більше ніж на 60 градусів, розгинати

далі, ніж нейтральна позиція згинання – розгинання. Це означає, що ви не повинні переносити п'яту ноги, яка була оперована, над протилежною кінцівкою; тягнути за оперовану ногу; дозволяти пацієнтові лежати на оперованій кінцівці. Ви повинні підтримувати прооперовану кінцівку у відведеній позиції при переході до пози лежання на боці і під час нього, а також коли пацієнт перевертається з боку на бік. Такі ж застережні заходи чинні і для пацієнта зі свіжим переломом стегна чи його вивихом.

2. Травма чи відчуття дискомфорту в нижній частині спини. Такі пацієнти повинні уникати надмірного обертання у крижовому відділі, згинання тулуба в боки та нахилання вперед. Вони відчуватимуть менше дискомфорту при перевертанні, якщо перекочуватимуться одночасно всім тілом, а не почергово повертаючи різні сегменти (тобто насамперед обртаючи плечі і верхню частину тіла, тоді таз і тоді нижні кінцівки). Вони можуть відчувати себе комфортніше під час лежання на боці чи при лежанні горілиць, якщо ноги будуть трохи зігнуті в кульшових та колінних суглобах.

3. Пошкодження спинного мозку. У пацієнта, який має ще свіжий перелом хребта, місце пошкодження може бути певним чином захищене за допомогою зовнішніх пристосувань (гіпсовою чи пластиковою пов'язкою, скобами), внутрішніх фіксаторів (металевих пластин чи дротів, пересадкою кістки) чи за допомогою комбінування цих методів. Слід уникати моментів сили, спрямованих на скручування й дистракцію. Отже, ви не повинні тягнути пацієнта за нижні кінцівки, його можна обертати лише цілком відразу. Коли такий пацієнт сидить без підтримки ззаду чи лежить на боці, необхідне застосування запобіжних поз або обмежувачів. При роботі з людиною з травмою, яка сталася декілька місяців або років тому, слід пам'ятати про остеопороз, особливо в довгих кістках нижніх кінцівок і тілах хребців. Навіть незначний стресовий вплив чи напруження, спрямоване на ці кістки, може спричинити перелом. У деяких пацієнтів перелом може виникнути під час переміщення з візка на підлогу чи на інший об'єкт.

4. Опіки. Першочергове застереження – слід уникати протягування раневою поверхнею, місцем, куди була пересаджена шкіра, чи місцем, звідки вона була взята, по будь-якій поверхні. Під час протягування виникає тертя, яке може зашкодити процесу загоєння. Пацієнта слід проінструктувати про необхідність піднімати тіло під час переміщення, щоб не виникало тертя.

5. Геміплегія. Для того, щоб контролювати чи пересувати пацієнта, не потрібно тягнути його за ушкоджену кінцівку. Це має особливо велике значення для плеча, оскільки м'язи, унаслідок паралічу, не надаватимуть йому

необхідної підтримки. Багато пацієнтів відчуватимуть біль чи дискомфорт під час лежання чи перекочування через уражене плече.

Варіанти класифікації переміщень. Більшість описів передбачає уточнення, чи пацієнт є залежним у здійсненні свого переміщення, чи може виконати його незалежно. Коли тип переміщення вже вибрано, всі реабілітологи та інший персонал мають виконувати його з тим самим пацієнтом у однаковий спосіб, щоб він міг краще запам'ятати порядок дій. Родина пацієнта повинна спостерігати за переміщенням і практикувати допомогу в його виконанні під наглядом реабілітолога [1].

Залежне переміщення у позі лежачи. Цей вид переміщення застосовують тоді, коли пацієнт фізично нездатний допомагати з переміщенням і його не можна перевести в позу сидячи. Для того, щоб перемістити пацієнта з однієї поверхні на іншу, може виникнути потреба у допомозі однієї, двох чи трьох осіб та спеціального обладнання.

Залежне сидіння й піднімання. Для того, щоб перемістити пацієнта з однієї поверхні на іншу, може бути потрібна допомога однієї, двох чи трьох осіб. Можна замінити помічників механічним ліфтом, у цьому випадку допоможе і один реабілітолог. Цей вид переміщення застосовують, коли пацієнт цілком не може фізично допомогти під час переміщення.

Залежне переміщення в позі сидячи. Пацієнт може переміщатися з однієї поверхні на іншу, перебуваючи в сидячому положенні, за допомогою хоча б однієї сторонньої особи. Таке переміщення може вимагати наявності дошки для переміщень, рами чи перекладини над ліжком, або іншого обладнання. Ці знаряддя дозволяють навести місток між двома поверхнями або допомагають пацієнтові використати для переміщення верхні кінцівки. Пацієнт може бути спроможний допомагати фізично під час переміщення, але потребує при цьому допомоги, і його слід підстраховувати впродовж усього переміщення.

Незалежне переміщення в позі сидячи. Пацієнт може безпечно й ефективно переміщатися з однієї поверхні на іншу, перебуваючи в сидячому положенні, без допомоги сторонньої особи. Для пацієнта може бути доцільним використання дошки для переміщень, рами чи перекладини над ліжком або іншого обладнання.

Залежне стояння й обертання. Цей вид переміщення вимагає присутності хоча б ще однієї особи, щоб асистувати пацієнтові. Пацієнт зі сторонньою допомогою переходить у позу стоячи, зазвичай, з ліжка, кушетки, туалетного сидіння чи візка, й повертається у такий спосіб, що його спина спрямована до того об'єкта, на який його слід перемістити. Від вас може вимагатися підняти пацієнта в позу стоячи, стабілізувати його колінні й кульшові суглоби для

виконання повороту й допомогти сісти. Деякі пацієнти можуть допомагати, використовуючи верхні кінцівки, інші – можуть бути цілком залежні від сторонньої допомоги.

Напівзалежне переміщення в позі стоячи. Цей вид переміщення може погребувати часткової фізичної допомоги чи страхування з боку іншої особи. Деякі пацієнти під час виконання цього переміщення можуть бути здатними стояти, повертатись і сідати, переміщаючись з одного об'єкта на інший із мінімальною сторонньою допомогою. Тут, так само як і в попередньому випадку, велике значення має гарантування належної безпеки.

Незалежне переміщення в позі стоячи. Пацієнт може виконати переміщення безпечно й ефективно без будь-якої сторонньої словесної чи фізичної допомоги.

Загальні вимоги з техніки безпеки. Реабілітолог першочергово відповідає за безпеку кожного пацієнта, незалежно від того, яка саме програма реабілітації реалізується, а в деяких випадках і незалежно від того, хто забезпечує її проведення. Під час переміщення пацієнта, при змінах позиції та транспортуванні обладнання чи пацієнта завжди є потенційна небезпека отримати травму. Через це реабілітолог повинен утримувати в безпеці навколишнє середовище та мати обладнання, яке справно функціонує. Члени родини пацієнта мають бути проінструктовані про те, як безпечно йому допомагати, та про конкретні застереження стосовно догляду/опіки. Пацієнт теж повинен брати на себе відповідальність за дотримання власної безпеки.

Належну гігієну, догляд за шкірою, зміну пози, правильне використання технічних пристосувань, належне керування діяльністю сечового міхура та випорожненнями кишечника, процедурами переміщення пацієнт може або здійснювати, або керувати цим процесом. Пацієнт часто знає, що є добрим для нього, і реабілітологу варто дослухатися до нього та керуватися його пропозиціями, якщо вони досить обґрунтовані й безпечні. Пацієнт повинен бути поінформований, що він відповідає за свою безпеку та здоров'я відповідно до рівня, який визначається його станом.

Правила дотримання безпеки

1. Мийте руки до і після роботи з кожним пацієнтом, щоб уникнути перехресного зараження та передачі хвороби.

2. Забезпечте наявність достатнього простору, щоб виконувати потрібні завдання. Зберігайте обладнання, яке не використовується, так, щоб воно не впливало на безпеку пацієнта. Уникайте такого розташування пацієнта, щоб його міг зачепити персонал, який проходить поруч чи провозить обладнання.

3. Не здійснюйте переміщень і не ходіть там, де є перешкоди, наприклад, біля дверей чи за рогом, чи там, де територія для цих дій невідповідна або надто переповнена для виконання якоїсь діяльності.

4. Повсякчас перевіряйте обладнання та пересвідчуйтеся, що воно працює справно.

5. Розміщуйте обладнання, меблі та допоміжні пристосування так, щоб вони були у стабільному й безпечному положенні, були легкодоступними для використання; заберіть їх, коли вони не використовуються, щоб не заважали рухові пацієнта й реабілітолога.

6. Слідкуйте, щоб на підлозі не було мотузок, нош, матів або незакріплених килимів, води, бруду й інших небезпечних речей.

7. Не залишайте пацієнтів без нагляду, особливо якщо вони мають фізіологічні чи розумові проблеми. Страхуйте пацієнта страхувальними пасками, загородками/поручнями ліжка чи іншими подібними пристосуваннями, коли за ним немає нагляду.

8. Вибирайте обладнання й отримуйте витратні матеріали та готуйте робочу зону до того, як прибуде пацієнт, щоб уникнути необхідності залишати його без нагляду.

9. Упевніться, що персонал, який забезпечує опіку/надання послуг пацієнтові, є достатньо підготований і кваліфікований та компетентний у визначеній для них сфері діяльності.

10. Не зберігайте потенційно небезпечного обладнання чи матеріалів у місці, де вони сховані від очей або, де є ризик, що їх може взяти до рук пацієнт. Не зберігайте хімікати чи важкі речі на полиці вище від рівня плечей. Чітко вказуйте на коробках чи інших ємностях їх вміст і вагу.

Нещасні випадки, що призводять до травмування пацієнта, можуть бути пов'язані з:

- використанням обладнання, яке неправильно функціонує і яким неправильно керують;
- наявністю приміщення з небезпечними перешкодами чи перенаселеною територією;
- надлишковою кількістю пацієнтів у робочій зоні відносно кількості персоналу, готового до проведення реабілітації;
- недостатньою кількістю персоналу (наприклад, рано вранці – пізно після обіду).

Реабілітолог повинен бути особливо напоготові, коли він надає допомогу старшій людині з ослабленим розумом або розумово відсталій особі; дуже молодій або з порушеними розумовими здібностями; з погіршеним

фізіологічним статусом (наприклад, важкі опіки, пошкодження спинного мозку, діабет або серцево-судинні чи дихальні хвороби); емоційно неврівноваженій особі. Пацієнти з однією чи кількома проблемами можуть мати проблеми з перенесенням реабілітації. Реабілітологу також слід дбати про власну безпеку. Нещасні випадки та пов'язані з цим пошкодження трапляються зазвичай, коли персонал, що надає допомогу, або члени родини є безтурботними/легковажними і невідповідно підготованими, неуважними чи надто зайнятими.

Принципи безпечного переміщення вручну:

1. Носіть відповідний одяг та взуття.
2. Переміщайте пацієнта вручну, тільки якщо у вас немає іншого варіанту. Завжди ставте собі запитання: «Чи потрібно мені переміщати пацієнта вручну?»
3. До початку переміщення оцініть стан пацієнта або об'єкт переміщення.
4. Завжди вибирайте оптимальний метод переміщення.
5. До початку переміщення визначте лідера групи. Всі інструкції та пояснення як пацієнту, так і будь-яким асистентам повинні виходити від нього. Лідер повинен давати ясні і чіткі інструкції (наприклад: на старт – увага – піднімання).
6. Завжди поясніть сенс руху пацієнтові, якого необхідно перемістити, навіть, якщо вам здається, що він вас не чує або не розуміє.
7. Підготуйте майданчик для переміщення. Поставте обладнання на гальмо.
8. Правильно поставте ноги, створіть собі хорошу, стійку опору в напрямку руху. Якщо ви працюєте на ліжку, створіть собі стійку опору ступні і коліном, а якщо можна – рукою і кистю. Правильно ставте ступні для того, щоб зменшити перекручування (обертання) хребта.
9. Тримайте пацієнта (об'єкт переміщення) якомога ближче до себе (якщо потрібно, користуйтеся захисними індивідуальними пристроями, наприклад, еластичним підтримувальним поясом).
10. Перевірте, чи достатньо зручні ручки, за які доведеться триматися.
11. Уникайте статичного нахилу вперед. Намагайтеся працювати в позі, що зберігає всі три видимі природні вигини хребта, з прямою спиною.
12. Намагайтеся узгодити дії і ритм при переміщенні.
13. Починаючи рух, підійміть голову.
14. Під час переміщення згинайте коліна, а не спину.
15. Під час переміщення ніколи не робіть розворотів тіла.

16. Пам'ятайте про свої фізичні можливості переміщення вручну та не перевищуйте їх [2].

Для оцінки способу переміщення пацієнта використовуйте форму «Оцінка поводження з пацієнтами при переміщенні» (додаток 1) [2].

Рекомендована література

1. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації : навчальний посібник / А.С. Вовканич. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 184 с.

2. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – С. 41.

3. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 77 – 82.

4. Ерготерапія. Основи ергономіки [електроний ресурс]. – Режим доступу : http://manual-pt.sdc-eu.info/2_1.html

5. Стандарти транспортування важких пацієнтів [електроний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.medsprava.com.ua/artide/140-standarti-ttransportuvannja-Taperekkladannja>

6. Фізична терапія [електроний ресурс]. – Режим доступу : http://manual-pt.sdc-eu.info/2_1.html

Контрольні запитання

1. Розкрийте зміст поняття “біомеханіка тіла”.

2. Опишіть правильну біомеханіку тіла при різних положеннях тіла (стоячи, сидячи, при піднятті важких речей).

3. Опишіть правильне положення тіла фізичного терапевта під час роботи з пацієнтом, щоб не завдати шкоди ні собі, ні пацієнтові.

4. Опишіть методику підтримування пацієнта під час піднімання двома чи більше особами; види захватів.

5. Розкрийте зміст методик підтримування пацієнта однією людиною методами “захват через руку”, “захват із піднятим ліктем”, “пахвовий захват”, “підтримання за пояс-ремін”.

6. Опишіть піднімання голови та плечей пацієнта методом “плечового захвату”.

7. Опишіть методику підтримування пацієнта під час ходьби однією людиною.

8. Розкрийте суть підготовки до переміщення пацієнта.
9. Укажіть основні принципи планування переміщення та застережних заходів при цьому.
10. Опишіть основні застереження при переміщенні пацієнтів з різними патологічними станами.
11. Назвіть варіанти класифікації переміщень.
12. Назвіть основні рекомендації з підтримання безпеки під час роботи з пацієнтом.
13. Опишіть методику розміщення пацієнта (в тому числі з геміплегією) в положенні Фаулера.
14. Опишіть методику розміщення пацієнта в положенні Сімса (проміжному між положенням лежачи на животі і положенням лежачи на боці).

Питання для самостійного опрацювання

1. Правила переміщення хворих у відновний період після інсульту:
 - 1.1. Переміщення післяінсультних хворих із положення лежачи і сидячи в ліжку в положення сидячи на стільці.
 - 1.2. Розширення обсягу рухової активності.
 - 1.3. Відновлення функції плеча.
 - 1.4. Відновлення функції стегна.
 - 1.5. Перехід з положення лежачи в положення сидячи.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Система взаємопов'язаних активних рухів людини і положень її тіла це:
 - а) постава тіла; б) біомеханіка тіла; в) ергономіка.
2. Щоб медичний працівник зміг правильно повернутися, перебуваючи в положенні сидячи необхідно:
 - а) повернути лише груди; б) повернути лише плечі; в) повернути весь корпус.
3. При піднятті пацієнта з підлоги на ліжко необхідно:
 - а) піднімати пацієнта перед прямими колінами та із зігнутою спиною фізичного терапевта;
 - б) зігнути коліна, зберігаючи тулуб у вертикальному положенні;
 - в) піднімати пацієнта, стоячи збоку від нього.
4. Оберіть найбільш безпечне взуття для переміщення пацієнта:
 - а) балетки, сандалі, шкарпетки без взуття; б) черевики з гумовою підошвою; в) черевики з гладкою шкіряною підошвою.
5. Положення Фаулера це:

а) положення лежачи на боці;

б) положення проміжне між положенням лежачи на животі і положенням лежачи на боці;

в) проміжне положення пацієнта між положенням напівлежачи і напівсидячи.

6. Пацієнтів із геміплегією і при ризику розвитку пролежнів розміщують у положення:

а) Фаулера; б) Сімса; в) усі відповіді правильні; г) немає правильних відповідей.

ЛЕКЦІЯ № 3

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ЗМІНАМИ У ФУНКЦІОНУВАННІ ОРГАНІВ ТА СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ХВОРОЇ ЛЮДИНИ У ЗІСТАВЛЕННІ З КЛІНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

ПЛАН

1. Обґрунтування важливості визначення життєвих показників та контролю за ними.
2. Температура тіла; вимірювання температури тіла; типи гарячок.
3. Частота дихання, визначення частоти дихання.
4. Артеріальний пульс і артеріальний тиск: норма і патологія, вимірювання.

1. Обґрунтування важливості визначення життєвих показників та контролю за ними

Життєві показники пацієнта – артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання та температура тіла – надзвичайно важливі, позаяк вони є показниками загального рівня здоров'я та фізіологічного статусу організму. Є чітко встановлені нормальні (стандартні) величини цих показників, і значні відхилення від них трактуються як свідчення неприродного стану. Для реабілітолога важливо знати нормальні величини і вміти відзначати адекватні й неадекватні зміни, що можуть траплятися як внаслідок хвороби, травми, виконання фізичних вправ, так і зміни показників навколишнього середовища. Надзвичайно важливо встановити базові (вихідні) величини життєвих показників для таких категорій пацієнтів:

- особи старшого віку (понад 65 років);
- дуже молоді пацієнти (до 2 років);
- особи, які впродовж кількох попередніх тижнів чи місяців мало займалися аеробними вправами;
- пацієнти, які потерпали або потерпають від захворювань серцево-судинної системи;
- пацієнти з травматичним пошкодженням чи захворюванням, яке значно впливає на діяльність серцево-судинної і дихальної систем (наприклад, пошкодження спинного мозку, гіпертензія, захворювання периферійних судин, хронічне обструктивне захворювання дихальної системи, після хірургічного втручання);
- ослаблені пацієнти [1].

Коли у спокої в пацієнта виявляють рівень показників, що не відповідає нормі, треба встановити причину цього до того, як розпочнеться здійснення будь-якого виду діяльності, який може на них вплинути. Пацієнти з такими відхиленнями дуже часто бувають неспроможними виконувати фізичні навантаження. Вимірювання життєвих показників можуть бути використані для визначення цілей реабілітації, щоб допомогти в розробці плану її проведення і оцінити відповідь пацієнта на реабілітаційні втручання [2].

Найбільш загальними факторами які зазвичай, спричиняють зміни в життєвих показниках пацієнта, є такі:

- рівень фізичної активності;
- температура навколишнього середовища;
- емоційний стан людини;
- фізіологічний статус людини (наприклад, наявність захворювання чи травми) [1].

Деякими можливими несприятливими та потенційно небезпечними відповідями на фізичну діяльність можуть бути:

- втома, виснаження;
- летаргія (хворобливий стан, що характеризується уповільненими реакціями, відчуттям втоми, апатією, зниженням мотивації);
- сповільнення реакцій чи відповідей на команди;
- погіршення відповіді на вербальні й тактильні стимули;
- скарги; нудота; підвищене потовиділення; розумові відхилення;

зміна зовнішності (блідість, почервоніння, розширення чи звуження зіниць); втрата свідомості [1].

Багато з цих відповідей можуть бути спричинені аноксією (відсутністю кисню в організмі або в окремих органах, тканинах, крові). Реабілітолог повинен слідкувати за пацієнтом під час і після проведення реабілітаційних заходів, щоб установити наявність цих небажаних симптомів чи ознак. Може бути потрібне швидке і відповідне лікування для їх зменшення чи полегшення, а також модифікації реабілітаційної програми, щоб уникнути їх появи [1, 3].

2. Температура тіла; вимірювання температури тіла; типи гарячок

Температура є свідченням інтенсивності чи ступеня нагрівання тіла, показником рівноваги між процесами вироблення тепла і його втратою. У людини температура тіла залишається порівняно сталою, незважаючи на температуру зовнішнього середовища. Проте є деякі винятки, наприклад, коли людина піддається впливу значних низьких або високих температур, або коли

починають відігравати свою роль, такі фактори, як вологість чи значні фізичні зусилля [1, 3].

Вимірювання температури тіла.

Місця, де прийнято вимірювати температуру тіла:

- ділянка під пахвою,
- задньопрохідний отвір,
- ротова порожнина.

У вітчизняній лікарській практиці найчастіше вимірюють температуру під пахвою. Ректальні вимірювання найчастіше використовують у немовлят, а також можуть застосовуватися щодо непритомних пацієнтів або для таких, які не можуть самотійно і безпечно тримати термометр під пахвою або у ротовій порожнині (наприклад, інтубованих). На заході найбільш зручним і загальноновживаним вважають вимірювання у ротовій порожнині, найбільш точними є показники, отримані під час вимірювання в задньопрохідному отворі. Вимірювання під пахвою вважаються менш точними, оскільки потоки повітря знижуватимуть отримані величини. До медичних записів завжди слід вносити опис способу вимірювання температури [1, 2].

Для вимірювання температури тіла використовують багаторазовий клінічний скляний або електричний термометри, або одноразовий хімічний.

Нормальною температурою тіла, виміряною під пахвою, вважають 36,4–36,8°C. Перед вимірюванням температури кінчик термометра треба протерти спиртом або витерти насухо, якщо він зберігався у спирті. При вимірюванні температури тіла в пахвинній ямці термометр слід щільно прикласти до тіла, так щоб пахвинна ямка була закрита. Термометр тримають 7–10 хв [1, 2].

Для вимірювання температури тіла в прямій кишці, термометр змащують вазеліном і заглиблюють у кишку на половину його довжини. Хворий під час цього дослідження має лежати на боці. Температура в прямій кишці на 0,5–1°C вища, ніж у пахвинній ямці.

Для вимірювання температури тіла в ротовій порожнині термометр на 3–5 хвилин (деякі джерела вказують, що для отримання точних даних потрібно 7–8 хвилин) розташовують під язиком, пацієнт має тримати його губами, а не зубами, й дихати носом.

У пацієнтів можуть траплятися незначні відхилення від цих величин, і тому важливо встановити норму для кожного, зокрема шляхом повторних вимірювань температури [1, 2].

Розрізняють такі ступені підвищення температури:

- субфебрильна – 37–38 °C,

- помірно підвищена – 38–39 °С,
- висока – 39–40 °С,
- надмірно висока – вища 40 °С,
- гіперпіретична – 41 °С і вище, супроводжується порушенням функції нервової системи і може бути небезпечною для життя [2].

Фактори, що впливають на температуру тіла:

1. *Час дня.* Температура зазвичай нижча зранку і підвищується в обідню пору. У здорових людей коливання температури за добу не перевищує 0,6°С.
2. *Вік.* Температура тіла має тенденцію зменшуватися з віком і бути вищою у дітей.
3. *Температура навколишнього середовища.* Температура тіла має тенденцію злегка зростати за високої температури навколишнього середовища і зменшуватись у протилежному випадку.
4. *Інфікування.* Температура тіла підвищується при інфікуванні організму.
5. *Фізична активність.* Температура тіла зазвичай підвищується під час виконання фізичних вправ, але досягає плато, коли людина стає більш підготовленою.
6. *Емоційний етан.* Температура тіла трохи підвищується під час стресових ситуацій.
7. *Місце вимірювання.* Величина температури тіла, виміряної ректально, трохи вища, від виміряної орально; температура тіла, виміряна під пахвою, дещо нижча, ніж виміряна орально.
8. *Менструальний цикл.* Температура тіла дещо вища під час овуляції, а температура тіла вагітної жінки дещо вища за нормальну.
9. *Температура в ротовій порожнині.* Значення температури тіла можуть бути неточними, якщо вони визначалися орально через 1–30 хвилин після прийняття холодних або гарячих речовин. При цьому температура тіла насправді не змінюється, але через згадані фактори може трапитися неправильне визначення її рівня [1].

Зазвичай вимірюванням температури тіла займаються медсестри, але фахівець із реабілітації теж має уміти виконати цю дію. На додачу може виникнути потреба прийняти рішення стосовно проведення реабілітації або оцінити вплив вправ на пацієнта на основі вимірювань температури тіла. Не можна займатися фізичними вправами з пацієнтом, у якого в стані спокою підвищена температура.

Якщо в людини понижена температура у стані спокою, слід уважно за нею спостерігати, щоб упевнитися в її здатності переносити фізичні вправи і визначити, чи змінюється її температура впродовж чи після їх виконання.

Якщо в людини температура тіла в нормі, за нею треба спостерігати під час виконання фізичних вправ та після їх закінчення, щоб установити наявність нормальної реакції-відповіді; якщо отримані дані вказують на підвищену температуру тіла чи якісь помітні симптоми, що вказують на її підвищення, пацієнтові має бути надана можливість відпочити, щоб температура стабілізувалася. Пацієнт, у якого спостерігається зниження температури тіла під час виконання вправ, фактично тяж демонструє неадекватну реакцію-відповідь на реабілітаційне втручання. За наявності будь-якої з цих ситуацій потрібно проводити заняття з великою обережністю. Можливо, доцільно скерувати пацієнта на огляд до відповідного фахівця-медика [1].

3. Частота дихання, визначення частоти дихання

Суттю легеневої вентиляції є обмін повітрям між легень і зовнішнім середовищем шляхом припливу повітря в легені (вдих) і відпливу з них (видих). Повітря входить у легені і виходить з них за допомогою скорочення й розслаблення м'язів. За даними різних літературних джерел, нормою вважається число 12–18 дихальних рухів за хвилину для дорослих і 30–50 для новонароджених і немовлят. Величини частоти дихання нижчі ніж 10 разів на хвилину чи понад 20 разів на хвилину вважаються для дорослих відхиленням від норми [1, 2].

Фактори, що впливають на частоту дихання:

1. **Вік.** У немовлят і дітей до 5 років та в дорослих людей старших за 60 років частота дихання має тенденцію до підвищення.

2. **Фізична активність.** Частота та глибина дихання зростають під час виконання фізичних вправ.

3. **Емоційний стан.** Частота і глибина дихання зростають унаслідок стресу чи під час емоційних реакцій.

4. **Якість повітря.** Забруднена атмосфера може спричинити і підвищення, і зниження частоти дихання, залежно від впливу на різні компоненти системи дихання.

5. **Висота над рівнем моря.** Перебування у високогір'ї спричиняє підвищення частоти дихання аж до проходження акліматизації.

6. **Захворювання.** Захворювання, які впливають на різні складові частини дихальної системи, зазвичай підвищують частоту дихання й можуть також впливати на його глибину [1].

Оцінювання легеневої вентиляції. Визначення частоти, ритмічності, глибини й характеру дихання здійснюється шляхом спостереження або тактильно.

“Частота” означає кількість дихальних рухів за хвилину.

“Ритмічність” означає регулярність дихальних рухів.

“Глибина” означає кількість повітря, що обмінюється із зовнішнім середовищем за один вдих або видих.

“Характер” означає відхилення від нормального, спокійного дихання у стані спокою [1].

Частоту дихання – кількість вдихів (видихів) за хвилину – підраховують непомітно для хворого, поклавши руку на живіт. Для непомітності слід симулювати вимірювання пульсу на променевій артерії, при цьому рука пацієнта повинна лежати на животі. Пацієнт може перебувати в позі лежачи, стоячи чи сидячи, головною умовою є доступність для огляду його грудної клітки чи черевної частини. Треба рахувати всі вдихи чи видихи впродовж хвилини, використовуючи секундомір або годинник із секундною стрілкою. Якщо частота, глибина й характер дихання пацієнта були визнані нормальними, час вимірювання може бути скорочений до 30 секунд. Часом, якщо пацієнт важко хворий або має недостатність системи дихання, вимірювання проводять за допомогою стетоскопа [1].

Під час нормального дихання у стані спокою не чути жодних звуків. Пацієнти, які мають труднощі при диханні у стані спокою, є такими, що мають **диспноє (задишку)**. Аномальні звуки, які можуть бути почуті, – це сопіння, хрипи, хруст. Задишка виникає внаслідок недостатнього постачання організму киснем з надлишковим накопиченням у ньому вуглекислоти. Розрізняють інспіраторну і експіраторну задишку. **Інспіраторна** – виникає у хворих зі звуженими просвітами гортані, трахеї, бронхів (набряк, пухлина, стороннє тіло). Коли вдих утруднюється, повітря з шумом проходить через звужене місце, дихальні м'язи сильно напружуються, нижні міжребер'я втягуються. **Експіраторна** – виникає у випадках розширення легень (бронхіти, бронхіальна астма). Коли утруднюється видих, допоміжні дихальні м'язи сильно напружуються. **Змішана задишка** – утруднення і вдиху, і видиху.

У пацієнтів також може виникати **ортопне** або утруднене дихання, коли він лежить. Цей стан поліпшується, коли пацієнт сидить чи стоїть. Раптовий напад сильної задишки, коли хворі не можуть лежати, а змушені сидіти або стояти, називається астмою. У пацієнтів також може траплятись **апноє** або відсутність дихання й укорочене дихання, якщо такі стани – тривалі, необхідне використання апаратів для штучного дихання [1].

Дані про частоту, глибину, ритмічність і характер дихання пацієнта записують, особливо якщо останні показники відхиляються від норми. Якщо в пацієнта у стані спокою є проблеми з диханням, то перш ніж реабілітолог почне проводити з ним заняття, його повинен оглянути відповідний спеціаліст-лікар, щоб визначити здатність виконувати фізичні вправи. Спостерігаючи за пацієнтом під час занять, спеціаліст із реабілітації має знати про неадекватні реакції-відповіді дихальної системи на виконання вправ. Якщо такі відхилення від норми є значними або довготривалими, заняття слід припинити або його програму модифікувати. Перед тим, як поновити вправи з пацієнтом, доцільно скерувати його на консультацію до лікаря [1].

Неадекватні реакції-відповіді частоти дихання:

1. Частота дихання зростає надто повільно з початком виконання фізичних вправ.
2. Частота дихання не зростає з початком виконання фізичних вправ.
3. Частота дихання продовжує зростати в той час, коли інтенсивність вправи досягає плато.
4. Частота дихання спадає дуже повільно тоді, коли інтенсивність вправи зменшується або її виконання взагалі припиняється.
5. Частота дихання не зменшується в той час, як зменшується інтенсивність вправи або її виконання припиняється.
6. Частота дихання зменшується до того, як інтенсивність вправи починає спадати.
7. Зростання частоти дихання під час виконання вправи є надмірним.
8. Ритм дихання стає нерегулярним під час виконання вправи або після її завершення [1].

4. Артеріальний пульс і артеріальний тиск: норма і патологія, вимірювання

Вимірювання пульсу – це непряме вимірювання частоти скорочень серця. Пульс може бути визначений пальпаторно в різних ділянках тіла або прослуханий (аускульований) за допомогою стетоскопа чи фонендоскопа над верхівкою серця. Частота скорочень серцевого м'яза вимірюється в ударах на хвилину. У спокої нормальною вважається частота пульсу від 60 до 80 ударів на хвилину для дорослої людини; 100–130 – для новонародженої; 80–120 для дітей віком 1–7 років. Нормальний пульс у стані спокою для кожної людини зокрема може бути визначений шляхом проведення повторних вимірювань у тих самих місцях за тих самих умов. У різних пацієнтів можуть бути знайдені дуже різні значення величини частоти серцевих скорочень, які можуть бути чи

ні свідченням певних відхилень. Незвичні величини пульсу або такі, що відхиляються від норми, встановленої для конкретного пацієнта, слід уважно вивчити, щоб з'ясувати їх потенційну причину та потенційний вплив на проведення реабілітаційних заходів із пацієнтом [1].

Фактори, що впливають на величину пульсу:

1. **Вік.** У осіб, старших 65 років, може виявлятися нижчий рівень пульсу, натомість у людей молодшого віку (дітей та підлітків) можна спостерігати підвищену частоту серцебиття.

2. **Стать.** Частота пульсу в чоловіків зазвичай дещо нижча, ніж у жінок.

3. **Температура навколишнього середовища.** Зі збільшенням температури навколишнього середовища пульс дещо підвищується, при зниженні температури – знижується.

4. **Інфікування.** Частота скорочень серця зростає при інфікуванні організму.

5. **Фізична активність.** У нормі пульс повинен швидко підніматися у відповідь на значні (енергійні) фізичні вправи, стабілізуватися чи виходити на плато, коли інтенсивність вправи стабілізується і зменшуватися, коли остання падає. Після закінчення вправи пульс має повернутися до показників стану спокою упродовж 3–5 хвилин. У тренованої особи зміни величини пульсу при виконанні стандартного навантаження будуть менші і пульс відновлюватиметься до робочого рівня швидше, ніж у нетренованих людей.

6. **Емоційний стан.** Пульс підвищується під час стресових ситуацій (страх, лютя) і зменшується, коли людина засинає або перебуває у стані цілковитого спокою.

7. **Медичні препарати.** Різні медичні препарати можуть спричинити підвищення або зниження рівня частоти серцебиття.

8. **Захворювання серцево-судинної і дихальної систем.** Стан серця та периферійної судинної системи впливатиме на частоту пульсу. Наприклад, пацієнт із гіпертензією може демонструвати знижене значення пульсу, а із гіпотензією – підвищене, що є спробою компенсації підвищеного чи пониженого артеріального тиску [1].

Вимірювання пульсу. Місцями вимірювання пульсу можуть бути скронева, сонна, плечова, променева, стегнова, підколінна, задня великогомілкова артерії, тильна артерія стопи чи верхівка серця (через стетоскоп). Найбільш звичними місцями вимірювання пульсу є променева й сонна артерії через простоту доступу до них. Апікальне вислуховування використовують тоді, коли доступ до периферійних місць вимірювання пульсу є утруднений чи неможливий або коли пульс у цих точках важко

пропальпувати. Пульс часто описують суб'єктивно за такими показниками, частота, ритм і об'єм. Приклади описових термінів:

1. “Сильний і регулярний” – свідчить про те, що частота серцебиття є однаковою і при цьому кожен удар – достатньої сили.

2. “Слабкий і регулярний” – свідчить про те, що частота серцебиття є однаковою і при цьому кожен удар – малої сили.

3. “Нерегулярний” – вказує на те, що під час вимірювання трапляються удари і великої, і слабкої сили.

4. “Ниткоподібний” – свідчить про слабку силу кожного й нерегулярність серцебиття.

5. “Тахікардія” – підвищена частота пульсу (понад 80–90 уд. на хв.).

6. “Брадикардія” – понижена частота пульсу (менше ніж 60 удар. на хв.) [1].

Для того, щоб визначити пульс за хвилину, можна вимірювати його упродовж цілої хвилини або, використовуючи перерахунок, 10, 15, 20 чи 30 секунд. Для засікання часу можна скористатися секундоміром або годинником із секундною стрілкою. Щоб прослухати пульс аускультативно, потрібен стетоскоп або фонендоскоп.

1. Пацієнт може перебувати у положенні стоячи, сидячи чи лежачи.

2. Виберіть місце вимірювання й поставте три пальці на шкірі над артерією. Не використовуйте для цього великий палець, оскільки у цьому випадку ви можете вловлювати свій пульс, а не пульс пацієнта і, крім того, він є менш чутливим, ніж інші. Уникайте надмірного тиску, оскільки так можете перетиснути артерію. Сильніше можна натискати лише при вимірюванні на підколінній артерії.

3. Якщо ви проводите вимірювання пульсу перший раз, дозвольте пацієнту відпочити 5 хвилин в положенні лежачи горілиць або сидячи. Вимірюйте пульс упродовж всієї хвилини, щоб зменшити потенційну помилку та підвищити точність вимірювань. Рахуйте про себе кожен удар пульсу.

4. Запишіть результат в ударах на хвилину, вкажіть будь-які відхилення в ритмі чи об'ємі та відзначте місце, у якому проводилося вимірювання (наприклад, 86 ударів за хвилину, нерегулярний (кожен 4 удар відсутній), ліва променева артерія, пацієнт у позі сидячи) [1].

Пацієнта із брадикардією чи тахікардією у стані спокою повинен оглянути медичний фахівець (лікар-терапевт чи кардіолог), щоб визначити його можливості й обмеження у здатності виконувати фізичні вправи до того, як із ним почнуться заняття. Спостерігаючи за пульсом пацієнта, реабілітолог повинен знати про можливі неадекватні відповіді пульсу на виконання фізичних вправ чи здійснення інших процедур. Можливо, буде доцільно

припинити чи модифікувати лікування, якщо ці відхилення є значими або тривалими. Перед тим, як відновити заняття, може бути потрібна консультація лікаря.

Неадекватні реакції-відповіді пульсу.

1. Пульс дуже повільно зростає під час активного виконання вправи.
2. Пульс не підвищується під час активного виконання вправи.
3. Пульс продовжує зростати чи зменшуватися, тоді як інтенсивність вправи досягла плато.
4. Пульс надто повільно зменшується при зменшенні інтенсивності вправи чи припиненні її виконання.
5. Пульс не зменшується при зменшенні інтенсивності вправи.
6. Пульс зменшується під час виконання вправи до того, як зменшується її інтенсивність.
7. Підвищений пульс. Ритм пульсу стає нерегулярним під час вправи чи після її закінчення [1].

Артеріальний тиск

Артеріальний тиск (АТ) є фізіологічною величиною, яка залежить від хвилинного об'єму крові, периферійного судинного опору та інших гемодинамічних факторів. АТ вимірюється поверхнево сфігмоманометром і є непрямим вимірюванням артеріального тиску всередині судини. Він відображає фактично величину тиску, який кров здійснює на стінки судини. АТ складається з систолічного й діастолічного компонентів. **Систолічний тиск** – це тиск крові під час систоли (скорочення) лівого шлуночка, а **діастолічний** – у період, діастоли серця. Різниця між систолічним і діастолічним АТ називається **пульсовим тиском** [1, 2].

Фази зміни артеріального тиску можна простежити, вислуховуючи звуки Короткова, яких є п'ять. Найбільш важливими є фази 1 і 5, які дають змогу якраз провести визначення систолічного й діастолічного тиску. Під час першої фази чути перші чіткі неголосні звуки (удари), які поступово нарастають за інтенсивністю. Під час п'ятої фази звуки цілком пропадають.

Нормальним рівнем АТ для дорослої людини вважається: систолічний 100–139 мм рт. ст.; діастолічний – 60–89 мм рт. ст., пульсовий тиск – 40–50 мм рт. ст. Величина відношення систолічний\діастолічний тиск 120/80 мм рт. ст. часто використовується як величина нормального тиску [1, 2, 3].

Особи, в яких у спокої систолічний тиск перевищує 139 мм рт. ст., а нижній – 90 мм рт. ст., вважаються гіпертоніками. Фактори, які асоційовані або спричиняють гіпертензію: ожиріння; брак фізичної активності; надмірне

вживання нікотину, алкоголю чи солі; атеросклероз; діабет; використання оральних контрацептивів (у жінок); похилий вік; захворювання нирок; раса (частіше трапляється в чорношкірих). У більшості людей не виявляється жодних симптомів чи ознак, пов'язаних із гіпертензією, і якщо не міряти періодично АТ, вона може бути недиагностованою і нерозпізнаною. Люди з гіпертензією більш схильні до розвитку захворювань серця, периферійних судин, інсультів та серцевої недостатності.

Гіпотензія діагностується у разі, коли систолічний тиск постійно нижчий за 100 мм рт. ст. Цей стан зазвичай не є загрозливим, але деякі пацієнти з гіпотензією можуть відчувати запаморочення, коли різко встають з пози лежачи, сидячи чи сидячи навпочіпки [1].

Фактори, що впливають на величину артеріального тиску.

1. **Вік.** Молоді пацієнти (діти підліткового й молодшого віку) мають менші значення систолічного й діастолічного тиску. Пацієнти старшого віку (понад 65 років) можуть мати дещо вищий систолічний і дещо нижчий діастолічний тиск.

2. **Фізична активність.** Систолічний тиск поступово зростає з початком виконання вправ; досягає плато, коли інтенсивність навантаження виходить на плато й поступово знижується, коли знижується інтенсивність вправи. Він повинен повернутися до робочого рівня через 5–7 хвилин після закінчення вправи. Діастолічний тиск не повинен суттєво змінюватись упродовж виконання вправи, при цьому підвищення на 10–15 мм рт. ст. не вважається ненормальним. Якщо, зростання має більшу величину – це явище ненормальне.

3. **Емоційний стан.** Артеріальний тиск зростає при дії стресових факторів.

4. **Медикаменти.** Різні ліки можуть спричинити підвищення чи пониження АТ, залежно від впливу на серцево-судинну систему.

5. **Розмір і стан артерій.** Артерії зі зменшеним внутрішнім просвітом забезпечуватимуть підвищення тиску, а зі зниженою, еластичністю стінок даватимуть підвищений систолічний тиск і знижений діастолічний. Ці два фактори вважають відповідальними за зміни артеріального тиску, що спостерігається у людей похилого віку.

6. **Позиція руки.** Стандартна позиція для вимірювання АТ така: передпліччя тримають на рівні 4 міжреберного проміжку в горизонтальному положенні з розігнутою в ліктьовому суглобі рукою, коли людина сидить або стоїть. Коли людина лежить горілиць, жодних пристосувань щодо пози не потрібно оскільки тоді рука знаходиться якраз на потрібному рівні. АТ зростає

на 10–20 мм рт. ст. якщо рука буде опущена нижче від вказаного рівня і зменшиться на 10–20 мм рт. ст., якщо буде піднята вище за нього.

7. **М'язове скорочення.** Пацієнт не повинен підтримувати руку за рахунок скорочення м'язів, оскільки це спричинить підняття АТ через підвищення опору току крові внаслідок скорочення м'язів.

8. **Об'єм крові.** АТ зменшується, коли є значна втрата крові, і зростає при збільшенні об'єму крові (наприклад, після переливання крові чи плазми).

9. **Хвилинний об'єм крові.** Систолічний тиск зростає зі збільшенням хвилинного об'єму крові і зменшується з його зменшенням.

10. **Місце вимірювання.** Величина АТ, виміряного на лівій верхній кінцівці, часто є більшою, ніж на правій. Якщо для вимірювання тиску використовують стегно, систолічний тиск буде вищим, ніж виміряний на руці, а діастолічний – практично такий самий [1].

Вимірювання артеріального тиску. Найбільш звичним місцем вимірювання АТ є плечова артерія. Щоб виміряти АТ, необхідно мати фонендоскоп (стетоскоп) і сфігмоманометр. Манжета повинна бути відповідного розміру, щоб забезпечити правильність вимірювань. Ширина манжети має дорівнювати половині від окружності плеча. Якщо манжета буде занадто вузькою, виміряна величина буде більшою, ніж є реально; якщо манжета заширока – величина АТ буде заниженою порівняно з реальними значеннями. Для дорослої людини середнього зросту ширина манжети повинна становити 13 см; для новонародженого і немовляти – 3 см, а для дорослої людини з великими розмірами тіла – 17 см. Якщо вимірювання проводять на стегні, ширина манжети повинна бути 20 см. Довжина манжети має відповідати подвійній ширині чи дорівнювати окружності плеча [1, 2].

Вимірювання артеріального тиску шляхом аускультатії.

1. Огляньте пацієнта, щоб виявити можливі симптоми стресу чи недавнього виконання фізичних вправ. Якщо пацієнт виконував фізичні вправи чи перебував у стресовій ситуації, чи пройшов значну відстань, він перед початком вимірювань повинен 15–30 хвилин відпочити. Пацієнта слід посадити так, щоб рукою, розміщеною приблизно на рівні серця, він спирався на якийсь твердий об'єкт; стегна стоять разом, стопи на підлозі. Сядьте обличчям до пацієнта, якщо він лежить чи сидить. Якщо він стоїть, тримайте його руку між своєю рукою і бічною частиною грудної клітки, при цьому теж поверніться обличчям до пацієнта.

2. Оголіть руку трохи вище від ліктя, але не скручуйте сорочку чи інший одяг пацієнта занадто туго, оскільки це може призвести до перетискання артерії. Намацайте пульс на плечовій артерії так, щоб ви знали, де поставити діафрагму стетоскопа.

3. Накладіть манжету на плече так, щоб вона розмістилася приблизно над місцем розгалуження артерії. Край манжети повинен бути на віддалі 2,5 см від ліктьової ямки, манометр – або бути приєднаним до манжети, або розташованим збоку так, щоб можна було легко зчитувати дані, не тримаючи його в руці.

4. Вставте у вуха стетоскоп, діафрагму розташуйте на шкірі в місці, де відчувається биття плечової артерії, але намагайтеся не доторкатися до одягу пацієнта чи манжети. Злегка притисніть діафрагму, щоб отримати кращий контакт зі шкірою.

5. Накачайте манжету за допомогою груші, аж доки не буде відчуватися пульс на променевій артерії. Зазначте величину тиску, яку показує манометр. Спустіть повітря з манжети і після 30–60 секунд знову накачайте її до величини, яка на 15–20 мм рт. ст. перевищує виміряну вами, щоб забезпечити повне перекривання артерії. (Примітка: якщо ви вимірювали систолічний тиск у пацієнта вже неодноразово і встановили нормальні для цієї людини значення, можете кожного наступного разу просто накачувати манжету до величини, яка на 15–20 мм рт. ст. перевищує це значення).

6. Починайте поступово спускати повітря з манжети, відкривши вентиль груші так, щоб величина падіння тиску становила 2–3 мм рт. ст. на секунду. Коли почуєте перший тон Короткова, відзначте положення стрілки на манометрі – це величина систолічного артеріального тиску.

7. Продовжуйте спускати повітря і зафіксуйте момент, коли ви перестаєте чути будь-які тони, – величина тиску, яку в цей момент показує манометр, буде значенням діастолічного тиску.

8. Зніміть манжету з руки пацієнта й запишіть отримані величини, зазначивши позу, у якій перебував пацієнт, і кінцівку, на якій проводили вимірювання (наприклад, 130/70, ліва рука (ЛР), сидячи) [1].

Вимірювання артеріального тиску методом пальпації

1. Виконайте пункти 1–3, як при вимірюванні методом аускультатії.

2. Намацайте за допомогою трьох пальців пульс на плечовій артерії в ліктьовій ямці і тримайте пальці на артерії весь час упродовж вимірювання.

3. Накачайте манжету, як було вказано.

4. Спускайте повітря з манжети. Відзначте положення стрілки на манометрі, коли почуєте перший пульсовий поштовх, – це величина систолічного тиску.

5. Продовжуйте спускати повітря й відзначте величину тиску на манометрі, коли відчуєте останній раз чітку пульсацію, – це величина діастолічного тиску.

6. Зніміть манжету і зробіть запис так, як це описано [1].

Якщо потрібно здійснити повторне вимірювання, слід повністю спустити повітря з манжети, а пацієнтові дати можливість посидіти спокійно протягом 1–2 хвилин до повторного вимірювання. Це допоможе системі кровообігу нормалізувати свою діяльність, а порціям крові, які були затиснуті у венах, повернутися в судинне русло.

Реабілітолог повинен знати і бути свідомими можливості виникнення помилок при проведенні вимірювання, щоб уникнути їх або зменшити їх вплив:

- Не дозволяйте пацієнтові утримувати свою кінцівку шляхом скорочення м'язів грудей, плечового поясу й руки. Це ізометричне скорочення може частково перекрити дрібніші судини і вплинути на величину справжнього артеріального тиску людини.

- Пам'ятайте про відповідність розмірів манжети розмірам руки пацієнта.

- Під час проведення записів не намагайтесь “округлити” отримані цифри. Якщо величина систолічного тиску становить 137 мм рт. ст., не “заокруглюйте” її до 135 чи 140 мм рт. ст.

- Не думайте упереджено про величину результату, яку ви маєте отримати й не намагайтесь налаштувати ваші відчуття, коли ви вислуховуєте тони Короткова, під бажані величини. Деякі пацієнти можуть повідомляти вам звичайну величину свого артеріального тиску до того, як ви самі його виміряли; ви можете побачити записані дані попередніх вимірювань; ви можете згадати, які значення отримували під час попередніх вимірювань. Ці дані можуть теж сформувати у вас певне упереджене ставлення і передбачення та очікування подібних результатів, унаслідок чого ви радше очікуватимете їх підтвердження, ніж визначати реальні величини. Якщо ви уникнете цих потенційних загроз правильному вимірюванню артеріального тиску пацієнта, то підвищите рівень точності своїх вимірювань [1].

Якщо ви хочете визначити АТ пацієнта після виконання ним фізичних вправ, ви повинні заборонити йому займатися енергійними фізичними вправами за 30 хвилин до початку вимірювання і не дозволяти змінювати пози за 5 хвилин до вимірювання. Саме вимірювання повинно здійснюватися в

тихому, затишному і теплому місці. Пацієнт, у якого у спокої спостерігається підвищений або понижений АТ, має бути старанно обстежений і отримати дозвіл лікаря на заняття фізичними вправами. Реабілітолог зобов'язаний знати, які можуть бути неадекватні реакції-відповіді АТ під час виконання пацієнтом фізичних вправ. Якщо такі неадекватні реакції довготривалі або значні за величиною, потрібно зупинити заняття. Щоб їх продовжити, можливо, буде потрібна додаткова консультація лікаря [1].

Неадекватні реакції-відповіді артеріального тиску на навантаження.

1. Систолічний тиск наростає надто повільно під час виконання вправи.
2. Систолічний тиск не зростає під час виконання вправи.
3. Систолічний тиск продовжує зростати чи спадати, коли інтенсивність вправи виходить на плато.
4. Систолічний тиск надто повільно спадає після закінчення виконання вправи.
5. Систолічний тиск не знижується зі зниженням чи припиненням виконання фізичної вправи.
6. Систолічний тиск падає значно нижче від вихідного рівня після закінчення виконання вправи.
7. Систолічний тиск зменшується під час виконання вправи до зменшення її інтенсивності.
8. Зростання систолічного тиску під час виконання вправи є надмірним.
9. Діастолічний тиск зростає більше ніж на 10–15 мм рт. ст. під час виконання вправи [1].

Рекомендована література

1. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації : навчальний посібник / А.С. Вовканич. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 184 с.
2. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными / А.К. Джамбекова, В.Н. Шилов. – Эксмо. – 2008. – 288 с.
3. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – 240 с.

Контрольні запитання

1. Обґрунтуйте важливість визначення життєвих показників та вкажіть, у яких пацієнтів контроль за цими показниками є особливо важливим.
2. Вкажіть величину нормальних значень температури тіла у спокої та фактори, що можуть вплинути на її зміну.

3. Опишіть процедуру вимірювання температури тіла.
4. Вкажіть величину нормальних значень частоти дихання у спокої та фактори, що можуть вплинути на її зміну.
5. Опишіть процедуру вимірювання частоти дихання.
6. Вкажіть величину нормальних значень частоти серцевих скорочень у спокої та фактори, що можуть вплинути на її зміну.
7. Опишіть процедуру вимірювання частоти серцевих скорочень.
8. Вкажіть величину нормальних значень артеріального тиску у спокої та фактори, що можуть вплинути на його зміну.
9. Опишіть процедуру вимірювання артеріального тиску.

Питання для самостійного опрацювання

1. Стан свідомості та його оцінка.
2. Положення хворого та його оцінка.
3. Вираз обличчя та його оцінка.

Тестові завдання для самоконтролю

1. При високій температурі показники термометра показують:
а) 37–38 °С; б) 38–39 °С; в) 39–40 °С; г) 40–41 °С.
2. Нормальна температура в прямій кишці:
а) така ж, як у пахвинній ямці;
б) на 0,5–1 °С вища, ніж у пахвинній ямці;
в) на 0,5–1 °С нижча, ніж у пахвинній ямці.
3. Частота дихання у здорових дорослих людей становить:
а) 10–12 дихальних рухів за хвилину;
б) 12–18 дихальних рухів за хвилину;
в) 18–20 дихальних рухів за хвилину.
4. Коли вдих утруднюється, повітря з шумом проходить через звужене місце у бронхах, дихальні м'язи сильно напружуються, нижні міжребер'я втягуються. Це характеристика:
а) інспіраторної задишки;
б) експіраторної задишки;
в) апноє.
5. Понижена частота пульсу (менше ніж 60 удар. на хв.) називається:
а) ортопноє; б) гіпотонія; в) тахікардія; г) брадикардія.
6. Різниця між систолічним і діастолічним артеріальним тиском називається:
а) середнім тиском; б) належним тиском; в) пульсовим тиском.

ЛЕКЦІЯ № 4

ЗАГАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ЗА СОМАТИЧНИМИ ХВОРИМИ

ПЛАН

1. Догляд за шкірою, профілактика, оцінка і лікування пролежнів (відлежин).
2. Правила годування тяжкохворих.

1. Догляд за шкірою, профілактика, оцінка і лікування пролежнів (відлежин)

Догляд за шкірою. Усі хворі мусять щодня мити руки і обличчя, ноги на ніч. Тяжкохворих умиває молодший медичний персонал. Для запобігання опрілості, тіло потрібно систематично протирати 0,1 % розчином перманганату калію і припудрювати тальком пахвинні і пахвові ділянки, пупок, у жінок – складки під молочними залозами. За умов поганого догляду за шкірою і різкого ослаблення організму в місцях з невеликою кількістю підшкірної жирової клітковини на шкірі з'являються відлежини [1].

Відлежини – це пошкодження шкіри та інших тканин під дією тиску. В англійській мові вони так і називаються – «виразки від тиску». Це підкреслює те, що відлежини можна отримати не тільки в положенні лежачи, але і в будь-якому іншому, коли існує тривале здавлення тканин. Відлежини серйозна проблема, здатна значно ускладнити життя як хворому, так і тому, хто за ним доглядає. Крім того, що це дуже болюча рана, вона ще й може служити вхідними воротами для інфекції, аж до зараження крові. Тому відлежину набагато легше попередити, ніж потім загоїти [2].

Патогенез і фактори ризику розвитку відлежин. Чому виникають відлежини? Для того, щоб клітини і тканини організму жили, їм потрібно, щоб до них надходив кисень і поживні речовини, а «відпрацьовані» речовини – видалялися. Відбувається це за рахунок циркуляції крові по судинах. Якщо ж судини здавлені, кров по них перестає циркулювати і тканини позбавляються харчування. Тканини шкіри, м'язи тощо дуже стійкі до нестачі кисню і поживних речовин, тому можуть перебувати якийсь час в умовах стиснених капілярів. Але якщо тиск на одну точку триває занадто довго, тканини, позбавлені живлення, гинуть, і утворюється те, що прийнято називати відлежинами. Виходячи з цього, очевидний механізм утворення відлежини – це тривалий (більше 1–2 год.) тиск на одну точку. Загалом, що сильніший тиск, то швидше утворюється відлежина. І тут слід згадати уроки фізики про те, що «тиск = сила, розділена на площу». Тобто при рівній прикладеній силі тиск буде

вищим там, де менша площа. Тому відлежини найчастіше виникають на кісткових виступах – невеликих ділянках, де кістка найближче до шкіри. І природно, ризик відлежини є тим вищим, що більш жорсткі поверхні, між якими стискається шкіра. Тобто ризик утворення **відлежини на п'яті** (кістка прямо під шкірою), що лежить на твердій поверхні (тонкий жорсткий матрац поверх дерев'яного щита), є набагато вищим, ніж на сидницях (між кісткою і шкірою – шар м'язів), що лежать на м'якому матраці [2, 3].

Ще один механізм виникнення відлежин, про який часто забувають, – це зміщення, натягування тканин. Наприклад, коли людина лежить на ліжку на декількох подушках (або з піднятим головним кінцем функціонального ліжка), вона поступово сповзає вниз, але її шкіра не ковзає по ліжку – вона натягується, складається в складки. Судини теж натягуються і перегинаються. У результаті навіть невеликого тиску виявляється досить для того, щоби перекрити кровотік за вже перегнутими судинами. Саме так виникають **відлежини на сидницях і спині** у тих хворих, яких регулярно «підтягують» по ліжку (хворий сповз униз, доглядач з боку голови взяв його попід пахови і потягнув угору – спочатку шкіра в процесі сповзання натяглася в один бік, а потім, у процесі підтягання, в інший) [1, 2].

Третій механізм – тертя. Вищезазначене «підтягування» по ліжку і подібні дії викликають мікронадриви капілярів верхнього шару шкіри, що при наявності інших ризик-факторів робить свій вагомий внесок у середовище відлежини [1, 2].

Додатковими чинниками ризику розвитку відлежин можуть бути:

- ✓ нерівності на опорній поверхні (складки простирадла, крихти, сторонні предмети типу корків від пляшок, ковпачки ручок і т.п.);
- ✓ вологе середовище (мокра постіль, пролитий фруктовий сік і т.д.);
- ✓ мікротравми шкіри в місцях, схильних до стискання (подряпини, уколи і т.д.);
- ✓ зайва або навпаки недостатня вага збільшують ризик пролежнів;
- ✓ деякі захворювання і стани також підвищують цей ризик. Наприклад, травма спинного мозку, діабет, анемія, серцева недостатність, варикоз, виснаження і т.д. [2].

Очевидно, триваліша дія фактора, який ушкоджує (що більший тиск на одну точку, то більше часу шкіра перебуває в стані складки, частіші епізоди тертя), є частішою причиною появи відлежини. Комбінація цих ризик-факторів значно збільшує вирогідність появи відлежини [2].

Найбільш часто відлежини утворюються на таких ділянках тіла:

- у положенні лежачи на спині – на потилиці, вухах, лопатках, ліктях, кистях, крижах, сідницях, п'ятах;

- у положенні лежачи на боці – великий вертлюг стегнової кістки на вухах, плечах, ліктях, нижніх ребрах, стегнах, колінах (зовнішня і внутрішня сторона), щиколотках;

- у положенні лежачи на животі – на щелепах, плечах, ліктях, кистях рук, тазових кістках, колінах, пальцях ніг;

- у положенні сидючи в інвалідному візку – на лопатках, ліктях, боках поверхні грудної клітини, сідницях, крижах, зонах під колінами (при неправильному регулюванні коляски), зовнішньої поверхні гомілок і колін, задньої поверхні перед і гомілки (при використанні ременів-опор або звичайних опор для гомілки) [1, 2].

Проте відлежина може утворитися у будь-якому, найнесподіванішому, місці, якщо положення хворого призводить до здавлення ділянки шкіри, в цьому місці.

Адекватна профілактика відлежин допомагає попередити їхній розвиток у пацієнтів групи ризику більше, ніж у 80 % випадків і отже, не тільки знизити фінансові витрати на лікування відлежин, а й підвищити рівень якості життя [3].

Профілактика відлежин має бути спрямована на усунення всіх трьох механізмів їх утворення: тиску, зміщення, тертя [2].

Для того, щоб зменшити тиск, слід, по-перше, часто (не рідше, ніж раз на 2 години) міняти положення хворого:

- у ліжку хворого перевертають (або, якщо він може рухатися сам, нагадують про необхідність повернутися);

- хворому, який сидить у колясці, періодично змінюють положення рук на підлокітнику, нахиляють трохи вперед (щоб зняти тиск спинки коляски зі спини), «завалюють» то в один, то в інший бік (щоб зняти тиск із сідниць і бічної поверхні грудної клітки);

- якщо сила в руках хворого дозволяє, то нагадуйте йому про потребу періодично «віджиматися» від підлокітників коляски, щоб зняти тиск із сідниць [2].

Для профілактики відлежин хворим підкладають надувні круги, використовують противідлежневі подушки і матраци.

Для запобігання зсуву тканин у ділянці сідниць і спини під коліна лежачого хворого треба підкладати валик, або згинати нижній кінець функціонального ліжка, що зменшує його «сповзання» з високих подушок [2].

Для того, щоб зменшити тертя, треба щоб ліжко і шкіра хворого були сухими, простирадло і одяг на хворому не мали складок, а в ліжку не виявлялося дрібних предметів [2].

Для оцінки ризику розвитку відлежин використовують Шкалу Ватерлоу, розроблену Judith Waterlow в 1985 р. [3].

Напрями лікування

Не існує певного лікування відлежин, але є загальні принципи:

- усунення зовнішніх факторів, які мають значний вплив на розвиток і уповільнення загоєння відлежин: тиску, зміщення або тертя;
- полегшення ефектів внутрішніх чинників, які можуть призводити до пошкодження тканин, наприклад, недостатнє харчування, нетримання сечі і калу і поточне захворювання;
- забезпечити оптимальне місцеве навколишнє середовище над ранною.

Іноді, незважаючи на всі зусилля, відлежини все-таки виникають. На стадії почервоніння потрібно зняти тиск із цього місця, можна наносити ранозагоювальні креми або мазі, що, наприклад, містять бепантенол. НЕ МОЖНА використовувати спиртові розчини (камфорний спирт, зеленку, йод тощо), які сушать шкіру. НЕ МОЖНА інтенсивно терти цю ділянку. На стадії появи бульбашок або мокріння рани хворий відчуває біль, існує ризик інфікування. Потрібно зняти тиск із цієї ділянки, використовувати ранозагоювальні мазі під пов'язку. На стадії глибокої рани хворий вимагає ретельного догляду і лікування, іноді – допомоги хірурга. Якщо рана не інфікована, можна використовувати гідрогель, яким заповнюється глибока рана. Якщо рана інфікована, необхідні мазі з антибіотиками. На стадії поширення процесу на тканини, що лежать нижче, аж до кісток, може виникати загроза життю хворого. Такі рани без хірургічного лікування не загоюються майже ніколи. Хворий, який має глибокі відлежини, зазвичай стає ще менш рухомим (позаяк з'являються місця, які потрібно позбавити від тиску, а значить, неможлива зміна положення). Це створює підвищений ризик як утворення нових відлежин, так і застійних явищ у легенях, контрактур і т.д. Хворі з глибокими відлежинами витрачають багато енергії на їх загоєння і потребують калорійної їжі, багатої на білок. Так само такі хворі потребують адекватного знеболення, оскільки рана може завдавати більше дискомфорту, ніж основне захворювання [2].

Процес загоєння має три фази [3]:

1. **Запалення:** жар, почервоніння, біль, набряк, втрата функції, утворення запального ексудату (збільшення проникності дрібних судин услід за пошкодженням і сприяє витіканню багатої протеїнами рідини. В результаті, з поверхні рани починає виділятися запальний ексудат, що є важливою частиною загоєння, позаяк містить білки, включаючи антитіла. Рана, яка загоюється

продукує все менше і менше ексудату доти, доки не закінчиться епітелізація); аутолізис – це природна деградація відмираючих тканин, яка вимагає вологого середовища. Існують пов'язки, що сприяють збереженню вологого середовища на некротичних тканинах для забезпечення аутолізису.

2. Проліферація: грануляція веде до формування нової кровоносної мережі мікроциркуляції (ангіогенез); еластичне скорочення сполучної тканини зменшує розмір рани; епітелізація покриває рану новим епітелієм.

3. Дозрівання – формується рубець. При неускладненому загоєнні він виглядає плоским, однак потім стає червоним, щільним і припіднятим. Дозрівання призведе до того, що рубець стане м'яким і більш плоским знову. Він може розтягуватися.

2. Правила годування тяжкохворих

Встановлено, що недостатнє харчування збільшує ризик несприятливого результату у пацієнтів, які страждають гострим інсультом:

- у 27 % пацієнтів, яким був поставлений діагност інсульт, є різного ступеня порушення ковтання (дисфагія);
- 13 % пацієнти перебувають у сонливому стані або не можуть бути посаджені для прийому їжі [3, 4].

Тому точна оцінка стану харчування і гідратації хворого грає життєво важливу роль.

Оцінка. Необхідно зібрати докладну інформацію у самого хворого або його близьких про схему його звичного харчування до захворювання. Усім пацієнтам, що перебувають під спостереженням медичного персоналу, проводиться скринінгове тестування функції ковтання, залежно від результатів якого здійснюється вибір типу харчування [3].

Парентеральне харчування проводиться при відсутності можливості забезпечити адекватне ентеральне. Для заповнення зовнішніх втрат рідини і електролітів слід уникати (через високу вартість) повного парентерального харчування. З цією метою використовується внутрішньовенна інфузія звичайних розчинів електролітів.

Парентерально при значному зниженні загального білка в плазмі (норма від 60 ммоль/л) потрібне введення альбуміну, плазми або крові. Інфузія розчинів для парентерального харчування здійснюється тільки в великі вени (для уникнення флебітів) [3].

Зондове харчування. Ентеральне харчування завжди краще від парентерального. Ентеральне штучне зондове харчування є більш економічним,

безпечним, повноціннішим і зберігає структуру та функціональну цілісність кишечника. Показання до постановки назогастрального зонда:

- грубі порушення функції ковтання з білково-енергетичною недостатністю (неадекватне надходження їжі природним шляхом протягом п'яти попередніх днів);
- коматозний стан хворого. Назогастральний зонд встановлюють, направляючи його через ніздрю;
- перед початком годування необхідно перевірити правильне розташування зонда (аускультативно з піддуванням повітря);
- зміна зонда здійснюється, при необхідності тривалого застосування, через кожних чотири тижні при регулярному догляді за порожниною рота і носовими ходами [3].

Показання до постановки гастростоми. Для пацієнтів з поганим прогнозом по дисфагії може бути розглянуто питання про можливу постановку гастростоми. Сьогодні ще немає спільної думки серед клініцистів про оптимальний час початку годування таким способом інсультних хворих. Переважно дієтологи використовують повноцінні поживні суміші, що містять збалансовану кількість білків, вуглеводів, жирів і мікроелементів [3].

Годування:

- перед годуванням через зонд необхідно надати хворому підвищене положення (для профілактики аспірації: кут нахилу дорівнює 30 °, піднята не тільки голова, а й плечі) або, при відсутності протипоказань, посадити хворого;
- енергетичні потреби зондового харчування визначають індивідуально; в середньому, їх розраховують так: для підтримки маси тіла – 30–35 ккал/кг; для відновлення маси тіла 35–40 ккал / кг; потреба в білках: 0,8–1,0 г/кг на добу, для зняття білкового дефіциту: 1,1–1,5 г / кг білка на добу;
- добова потреба рідини: 30 мл / кг ваги + 10 % при підвищенні температури тіла на кожен градус (вище 37°C); потреба в рідині може істотно знижуватися при застійній серцевій недостатності, нирковій недостатності, цирозі печінки [3].

Режими введення:

- якщо пацієнт не отримував ентерального харчування кілька днів, то віддають перевагу постійному крапельному введенню поживних сумішей протягом 24-х годин через дозатор. Харчування починають зі швидкістю 40 мл/год, збільшуючи на 25 мл /год кожні 8–12 годин до досягнення бажаної швидкості введення (максимум 120 мл / год);

- введення сумішей наближене до нормального прийому їжі. Суміш вводять крапельно 3–5 разів на добу, спочатку не більше 100 мл, максимально 250 мл;

- більшість сумішей з енергетичною цінністю 1 ккал/мл містять приблизно 75 % необхідної води, тому кількість вільної рідини повинна бути не меншою 25 % від загального обсягу сумішей (наприклад: на 1600 мл 24-годинного зондового харчування має припадати 400 мл води); додаткова вільна рідина повинна вводиться у 2–3 прийоми (використовується питна вода), цей обсяг включає в себе воду для промивання зонда від залишків їжі і медикаментів [3].

При утрудненні ковтання: годування проводять тільки в положенні хворого сидячи (з опорою під спину). Здійснюється:

- оцінка функції ковтання;
- підбір пози для найбільш ефективного і безпечного ковтання (нахил голови вперед, поворот в уражену сторону в момент проковтування);
- підбір консистенції їжі (м'яка, густе пюре, рідке пюре) і рідини (консистенція мусу, йогурту, густого киселю, сиропу, води). Необхідно пам'ятати: що більш рідкі їжа або пиття, то важче зробити безпечний (без аспірації) ковток;
- виключення з раціону продуктів, які часто викликають аспірацію: рідина звичайної консистенції (вода, соки, чай), хліб, печиво, горіхи і т.д. ;
- при годуванні їжу закладають у рот невеликими порціями з непораженого боку;
- контроль за необхідністю використання зубних протезів;
- ретельна ревізія порожнини рота після закінчення годування (залишена їжа може бути аспірована);
- після годування пацієнт залишається у вертикальному положенні 30 хв. [3].

Призначення антибіотиків вимагає профілактики дисбактеріозу. Виконання деталізованої оцінки і при необхідності звернення до фахівця з ковтання, консультації дієтолога складають основу ведення пацієнтів з дисфагією, що мають розлади харчування [2, 3, 4].

Рекомендована література

1. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными / А.К. Джамбекова, В.Н. Шилова. – Эксмо. – 2008. – 288 с.
2. Догляд за тяжкохворою людиною удома. Медичні та соціальні аспекти : методичні рекомендації / І. Гавришева, О. Вольф, Л. Примак, іл. Т. Патра. – К. : Талком, 2016. – 60 с.

3. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – С. 41.

4. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 77–82.

Контрольні запитання

1. Розкрийте зміст догляду за тяжкохворою людиною.
2. Розкрийте патогенез і фактори ризику розвитку відлежін.
3. Висвітліть механізми розвитку відлежін.
4. Якими є додаткові чинники ризику розвитку відлежін?
5. На яких ділянках тіла найчастіше утворюються відлежини?
6. Розкрийте зміст адекватної профілактики відлежін.
7. Проведіть оцінку відлежін та оцінку рани.
8. Сформулюйте напрями лікування відлежін.
9. Охарактеризуйте фази процесу загоєння рани на місці відлежини.
10. Розкрийте зміст парентерального харчування.
11. Розкрийте зміст зондового харчування.

Питання для самостійного опрацювання

1. Догляд з елементами ерготерапії за тяжкохворою людиною вдома.
Принципи догляду за тяжкохворою людиною вдома.

2. Рекомендації ерготерапевта родичам тяжкохворого: вимоги до ліжка, ванної кімнати і туалету, організації маніпуляцій і процедур, організації прийому ліків;

3. Соціальні аспекти догляду за важкохворою (лежачою, яка потребує сторонньої допомоги) людиною в домашніх умовах.

4. Подавання підкладного судна і сечоприймачника.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Основний механізм розвитку відлежін на сідницях і спині це:
а) тривалий (більше 1–2 год.) тиск на одну точку; б) зміщення, натягування тканин; в) тертя.
2. Найчастіше в положенні лежачи на спині відлежини утворюються на:
а) щелепах, колінах, кистях рук, пальцях ніг;
б) великому вертлюгу стегнової кістки, на вухах, плечах, ліктях, нижніх ребрах; в) потилиці, лопатках, ліктях, крижах, сідницях, п'ятах.

3. Для оцінки ризику розвитку відлежин використовують:

а) шкалу Оксфорд; б) опитувальник Аддісона; в) шкалу Ватерлоу.

4. Необхідні дії при розвитку відлежин на стадії почервоніння:

а) зняти тиск із цього місця й інтенсивно терти цю ділянку; б) зняти тиск із цього місця і протирати камфорним спиртом; в) обробити місце відлежини зеленкою; г) зняти тиск із цього місця і нанести ранозагоювальний крем; д) обробити місце відлежини йодом.

5. Порушення ковтання називається:

а) дисфорія; б) дизартрія; в) дисфагія.

6. Коматозний стан хворого є показом для харчування пацієнтів через:

а) назогастральний зонд; б) парентеральне харчування; в) гастростому.

ЛЕКЦІЯ № 5

ОСНОВИ СПЕЦІАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

ПЛАН

1. Поняття про інсульт і перебіг відновлення.
2. Догляд за хворим у перші дні після інсульту з метою профілактики ускладнень.
3. Особливості догляду за лежачим хворим. Профілактика контрактур і м'язового спазму (спастичності), профілактика і зменшення болю у спині і плечі, профілактика набряків рук і ніг.
4. Розміщення і переміщення післяінсультних хворих з метою профілактики або зменшення болю і тугорухливості в суглобах.

1. Поняття про інсульт і перебіг відновлення

Інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, яке виникає внаслідок погіршення кровопостачання головного мозку. Це відбувається при порушенні прохідності артерій (ішемічний інсульт) або цілісності артерій (геморагічний інсульт), що живлять головний мозок [1].

Прояви інсульту. Відомо, що нервові клітини головного мозку «керують» всіма функціями нашого організму: рухом рук, ніг, мовою, обміном речовин, диханням і кровообігом, аналізують зорову, слухову, тактильну інформацію та інші сигнали, що надходять від органів чуття. При цьому, кожна з половин мозку забезпечує і контролює функціонування протилежної половини тіла. Тому ушкодження однієї половини мозку проявляється патологічними змінами на протилежній стороні тіла, тобто, при локалізації інсульту в лівій півкулі головного мозку виникають розлади функцій правої половини тіла і навпаки [1].

Порушення при ураженні тих або тих ділянок мозку можуть бути різними:

1. У більшості випадків **порушується регуляція м'язового тону**су. Він може бути підвищеним або зниженим. Гіпертонус проявляється спастичністю м'язів, гіпотонус – м'язовою слабкістю. Втрата нормального м'язового тону на ураженій стороні тіла робить неможливими звичайні довільні рухи, а порушення довільних рухів обмежує можливості людини виконувати повсякденні побутові дії [1].

2. Якщо ушкоджені нервові клітини так званої рухової зони кори головного мозку, то на стороні, протилежній вогнищу ураження, може

розвинутися **параліч** (повна нерухомість) чи **парез** (часткове порушення рухів) руки або ноги [1].

3. Якщо пошкоджуються нервові клітини чутливих (сенсорних) зон кори головного мозку, то розвиваються різні **порушення сприйняття, розлади зору, слуху, нюху, дотику, тактильної чутливості, страждає мова**. Ці порушення проявляються по-різному. Так, при ураженні тім'яної області людина втрачає здатність впізнавати предмети на дотик (**астереогноз**), зменшується больова чутливість, порушується сприйняття холоду й тепла на протилежному боці тіла. При порушенні кровообігу в задніх відділах нижньої лобової звивини лівої півкулі (область Брока) у правшів порушується мова. Це називається **моторною афазією** – хворий нагадує німого, а в легших випадках мова стає бідною і складається переважно з іменників у називному відмінку. При ураженні задніх відділів верхньої скроневої звивини лівої півкулі (область Верніке) розвивається порушення розуміння мови навколишніх – **сенсорна афазія**. Хворий з сенсорною афазією нагадує іноземця, який потрапив в чужу державу. У нього порушується також самоконтроль над правильною власною мовою, яка складається з обривків слів. У випадках обширного інсульту з ураженням обох мовних зон розвивається сенсомоторна афазія, коли хворий практично нічого не говорить і не розуміє мови навколишніх [1].

4. При локалізації інсульту в правій півкулі головного мозку, поряд з розвитком лівостороннього геміпарезу, **порушуються різні види чутливості**, і у хворих нерідко спостерігається недооцінка порушення. На прохання лікаря підняти ліву паралізовану руку хворий спокійно піднімає здорову праву. Крім цього, такі хворі скаржаться на дивні відчуття у паралізованих кінцівках. Наприклад, що стало дві ліві руки, або рука покрита шерстю або відчувається як дерев'яна. При ураженні потиличних областей мозку може порушуватися зір; при ураженнях в області мозочка – координація рухів, стояння і ходьба; при ураженні стовбура мозку – ковтання і ритм дихання [1].

5. Порушення зовнішнього сприйняття можуть проявлятися у **розладах пам'яті, концентрації уваги і просторового сприйняття**. При ураженні області на стику тім'яної, скроневої і потиличної долі мозку, порушується орієнтація в просторі. Хворий не може знайти свій будинок, квартиру, палату в лікарні, не орієнтується в годинах і карті. У результаті інсульту може порушитися пам'ять. Хворі не можуть згадати прізвища, номери телефонів, забувають, куди поклали потрібну річ. Характерно, що події минулих років вони пам'ятають добре, а ті, що відбулися недавно, легко забувають і заледве згадують. Після перенесеного інсульту порушення пам'яті часто поглиблюються і стають основними скаргами хворого [1].

7. Нетримання сечі і калу. Відразу після інсульту, як правило, виникає нетримання сечі і калу. З часом контроль над функціями сечового міхура і кишківника відновлюється, і все нормалізується. Описані розлади рухів, мови, зору, ковтання належать до вогнищевих неврологічних симптомів. Інсульт зазвичай супроводжується і загальномозковими симптомами: порушенням свідомості, головним болем, нудотою і блювотою [1].

Перебіг відновлення

У гострому періоді, безпосередньо після судинної катастрофи, розвиваються порушення довільних рухів і ослаблення м'язового тону на стороні, протилежній ушкодженню, а також порушення мови. Триває цей період зазвичай до трьох тижнів. Проте уже тоді починаються і відновні процеси: поліпшення кровопостачання ділянок, що оточують вогнище ураження, зменшення розмірів крововиливу, зменшення стиснення гематомою навколишньої мозкової речовини. Час настання стадії відновлення визначають, як правило, між другим і шостим тижнями з моменту інсульту [1].

У цей час у хворого можна спостерігати:

- **гіпотонію – знижений тонус і виражену м'язову слабкість, що унеможливають рухи кінцівок на ураженій стороні;**

- **виражені сенсорні порушення;**

- зазвичай має місце **певна ступінь спастичності**: навіть в руці, що здається повністю атонічною, можна виявити «флексорний спазм». Це виявляється, якщо з деяким зусиллям розпрямити і утримувати в такому положенні пальці. Абсолютно атонічною в стані спокою може здаватися і нога. Однак якщо покласти пацієнта на спину і спробувати зігнути його ногу в колінному і кульшовому суглобах, то можна відчутти невеликий опір;

- **потім м'язовий тонус поступово відновлюється**, починаючи з дистальних відділів кінцівок. Спочатку починає рухатися кисть або стопа, потім передпліччя або гомілка, потім плече або стегно. Рухи в руці зазвичай відновлюються раніше, ніж в нозі. Абсолютно повного відновлення, як правило, не буває: практично завжди зберігається легка рухова недостатність;

- далі знову настає період спастичності, що проявляється **гіпертонусом**. Він починається з проксимальних відділів кінцівок – плеча або стегна, причому в нозі раніше, ніж у руці. Гіпертонус розвивається одночасно й у великих сильних м'язах тулуба, які називаються «антигравітаційними». Вони утримують тіло у вертикальному положенні, протидіючи силам гравітації [1].

Залежно від вираженості спастичності різним буде характер рухової активності: рухи утруднені і навіть неможливі; рухи уповільнені, виконуються із зусиллям, порушена координація; рухи кінцівками можливі, але дрібні рухи

кисті утруднені. Можуть порушуватися функції мозочка, що проявляється **атаксією**. Рухи людини стають неконтрольованими, некоординованими і надлишковими. Спроби людини контролювати свої рухи призводять лише до поглиблення тремору [1].

Типовий приклад спастичних станів при інсульті [1]:

- плече відведене назад і опущене, передпліччя повернуте всередину;
- рука зігнута в ліктьовому суглобі, пальці частково зігнуті в кулак, і долоня повернута вниз;
- таз відведений назад, а нога повернута досередини (при зниженому м'язовому тонусі нога відведена назовні, а коліно зігнуте);
- кульшовий, колінний і гомілково-стопний суглоби випрямлені;
- стопа жорстко відхилена вниз і повернута всередину.

Треба зазначити, що відновлення рухів і ходьби відбуватиметься переважно в ранньому відновлювальному періоді (до 6 місяців), тоді як відновлення складних рухових навичок (самообслуговування, біологічні і трудові навички) може розтягуватися на більш тривалий період. Відновлення мови найбільш інтенсивно відбувається в перший рік після інсульту, але часто триває довше – до трьох років і більше [1].

Найважливішими ускладненнями гострого періоду є:

- запалення легень (застійна пневмонія, пов'язана з лежачим положенням хворого і з поганою вентиляцією легень);
- відлежани;
- порушення водного балансу (коли пацієнт несвідомий або має порушення ковтання);
- тромбоз вен нижніх кінцівок, які можуть призвести до ще більшого ускладнення – тромбоемболій;
- повторні інсульти, найчастіше пов'язані з неконтрольованим АТ [1].

2. Догляд за хворим уперші дні після інсульту з метою профілактики ускладнень

Як доглядати за пацієнтом відразу після інсульту, щоб запобігти можливим ускладненням?

Пневмонія – це одне з найпоширеніших ускладнень раннього періоду. Щоб уникнути застійних явищ у легенях, лежачого хворого необхідно через кожних дві години повертати в ліжку. Як тільки загальний стан дозволить, його треба активувати: спочатку садити на кілька хвилин в ліжку, повторювати це кілька разів на день, підставляючи під спину подушку. Якщо пацієнт перебуває у свідомості, з перших днів треба практикувати гімнастику. Ефективні дихальні

вправи – надувати гумові кульки. Приміщення, в якому перебуває пацієнт, має періодично провітрюватися. Рекомендується 2–3 рази на день вимірювати температуру тіла [1].

Профілактика відлежин, боротьба з появою перших ознак і лікування ран. Якщо відлежини є в ділянці крижів, під таз укладають гумове коло так, щоб пошкоджена ділянка шкіри розміщувалася над отвором [1, 3].

Інфекції сечовивідних шляхів – найчастіше ускладнення при гострому порушенні мозкового кровообігу. Затримка сечі доволі часто спостерігається в у найгострішій фазі інсульту. У більшості випадків інфекції сечовивідних шляхів, що з'явилися в лікарні, пов'язані з катетеризацією сечового міхура. Необхідно забезпечити гігієнічний догляд за пацієнтом [1, 4].

Зневоднення організму важкохворого призводить до загущення крові, що ускладнює нормальне надходження кисню і поживних речовин до тканин організму і до мозку [1, 2].

Емболія легеневих артерій виникає внаслідок тромбозу вен нижніх кінцівок через сповільнену швидкість кровотоку. Проявами емболії є задишка і біль у грудях.

Рекомендації щодо запобігання розвитку тромбоемболії:

- використовувати еластичні панчохи;
- щоденно оглядати пацієнта з метою виявлення симптомів тромбозу глибоких вен і з перших днів інсульту кілька разів на добу проводити активну, а за неможливості – пасивну “венозну гімнастику” для ніг;
- для профілактики тромбозу корисний також масаж: прогладжування і розминання від стопи до стегна. Тільки треба переконатись, що ще нема тромбозу [1].

Для **профілактики повторного інсульту**, що настає при неконтрольованому АТ, хворий повинен регулярно отримувати гіпотензивні препарати. Вимірювати АТ потрібно через кожні 3–4 години [1, 5].

3. Особливості догляду за лежачим хворим

Профілактика контрактур і м'язового спазму (спастичності)

Після тривалої вимушеної нерухомості, що виникла у результаті травми, чи інсульту, може виникнути обмеження амплітуди рухів в ураженій руці або нозі. Це відбувається через те, що тривале перебування кінцівки в певному положенні призводить до вкорочення м'язів і зв'язок та зменшення їх еластичності **контрактури** (тугорухливість). Контрактури виникають також внаслідок спастичності (підвищеного м'язового тону), яка є наслідком вимушеного положення кінцівки. Розвиток контрактури можна попередити,

розташувавши уражену кінцівку в середньо-фізіологічному положенні, тобто в середньому положенні між крайнім згинанням та розгинанням суглобів. Підтримка всіх сегментів кінцівки створює комфортне положення, яке перешкоджає наростанню м'язового тонусу і виникненню тугорухливості. Це особливо важливо при тривалому сидінні або перебуванні в ліжку, коли вимушене положення кінцівки може виявитися тривалим.

Зменшити спазм можна так:

- підтримувати комфортну температуру в приміщенні;
- підтримувати комфортне та безпечне положення пацієнта;
- виконувати кілька разів на день повільні пасивні рухи в суглобах уражених кінцівок (за допомогою здорової руки або реабілітолога).

Профілактика контрактур:

- регулярно змінювати положення тіла.
- для відпочинку використовувати положення, що розтягують м'язи і розгинають суглоби.
- вибирати такі положення, при яких уражена сторона мала б опору [5].

Профілактика і зменшення болю в спині

У результаті інсульту може виникнути слабкість м'язів спини, що іноді призводить до артритів або до формування гриж міжхребцевих дисків. Болі також можуть виникати через те, що ослаблені м'язи не можуть добре і довго підтримувати спину. Крім цього, може виникнути м'язовий спазм, також болючий, що утруднює рух і сидіння [5].

Уникнути болю в спині можна при правильному положенні і русі тіла:

- у положенні сидячи або стоячи треба тримати спину прямою, намагатися утримувати рівновагу і не схилитися у будь-яку сторону;
- необхідно, щоб надпліччя пацієнта розміщувалися на одному рівні, не допускати, щоб одне плече було опущене або піднесене;
- сидати треба так, щоб вага тіла рівномірно розподілялася на обидві сідниці;
- стілець, крісло-каталка і ліжко мають бути надійно опорою, стійкі і зручні;
- необхідно уникати рухів, що напружують спину або підсилюють біль;
- необхідно регулярно змінювати положення тіла, намагатися проводити якийсь час стоячи, щоб м'язи напружилися [5].

Методи зменшення болю в спині:

- м'язовий біль може зменшуватися при зігріванні. Для цього можна використовувати лампу, грілку, пляшку з гарячою водою, загорнуту в

рушник. Користуючись джерелами тепла, треба знати, що на хворому боці легко отримати опік через зниження больової чутливості. Щоб цього не сталося, зігрівальні процедури треба проводити при постійному контролі і прибирати тепло при появі почервоніння шкіри;

- у деяких випадках можуть виявитися корисними мануальна терапія, акупунктура, остеопатія, йога, плавання у теплій воді;
- біль можна зменшити прийомом медикаментів, які призначить лікар [5].

Профілактика і зменшення болю в плечі

Часто після інсульту через слабкість м'язів на хворому боці виникає біль у плечі. Позаяк атонічні м'язи погано фіксують плечовий суглоб, то з'являється деяка «розхитаність» суглоба. Це є загрозливим симптомом, що вказує на погану фіксацію суглоба м'язами. У цій ситуації можливе защемлення в суглобі навколосуглобових м'яких тканин з подальшим їх пошкодженням, запаленням і болями. У випадку, коли рухи в плечі спричиняють біль, їх треба припинити, інакше можливі ускладнення. Якщо біль став постійним, лікар призначить знеболювальні препарати і препарати для зменшення запалення. Це полегшить біль, але не усуне його причини [5].

Практичні поради щодо запобігання болю в плечі:

❖ Якщо пацієнт самостійно піднімає хвору руку за допомогою здорової, то він може обхопити долонею лікоть хворої руки знизу і піднімати її, повернувши долонею і великим пальцем вгору.

❖ Якщо хвору руку допомагає підняти реабілітолог, він повинен підтримувати її за пахвову область знизу, а іншою рукою – за променево-зап'ястковий суглоб зверху (рис. 13 а).

❖ Ні самостійно, ні з допомогою не можна піднімати хвору руку, утримуючи її тільки за кисть (рис. 13 б).

❖ Перевертаючи або переміщуючи інсультного пацієнта, не можна тягнути за хвору руку.

❖ Опираючись на хвору руку треба з особливою обережністю.

❖ Коли асистент допомагає хворому вставати з крісла, він не повинен підтримувати його за пахвову ділянку з хворої сторони (рис. 13 в) [5]:

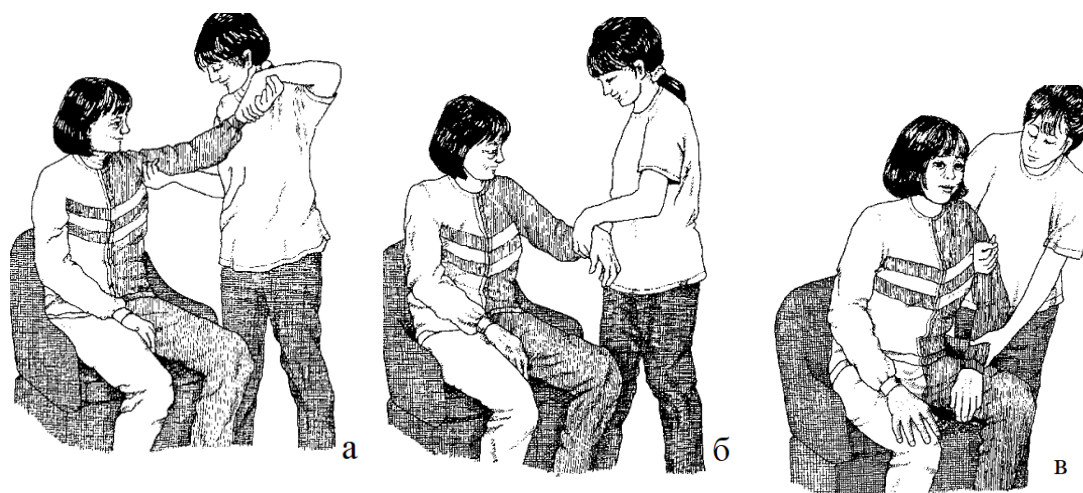


Рис. 13. Підняття руки: а – правильне, б – неправильне;
в – неправильна допомога при вставанні

Профілактика набряків рук і ніг

Після інсульту на хворих кінцівках через порушення кровообігу можлива поява набряків. Кінцівки стають холодними, багряними.

Практичні поради щодо попередження виникнення набряків:

- ❖ Необхідно слідкувати, щоб хворі кінцівки не звисали вниз.
- ❖ Намагатися під час сидіння у кріслі покласти подушку на підлокітник і вкласти на неї хвору руку так, щоб вона перебувала на рівні талії.
- ❖ Сидіти намагатися так, щоб спина щільно притискалася до спинки крісла. Слід використовувати підставки для ніг, які забезпечують підтримку всіх сегментів хворої кінцівки і дозволяють утримувати ногу, наскільки це можливо, в горизонтальному положенні. При цьому на підставку для ніг під гомілки треба підкласти підтримувальну подушку, яка збільшить площу опори і зменшить набряк.
- ❖ Для нормалізації кровообігу треба якомога частіше змінювати положення хворих кінцівок [5].

4. Розміщення і переміщення післяінсультних хворих з метою профілактики болю або зменшення болю і тугорухливості в суглобах

Як правильно лежати хворому в ліжку на здоровому боці:

1. Подушки, підкладені під спину, допомагають розподілити центр ваги і перебувати в зручному, розслабленому положенні. Не можна лежати так, як показано на рисунку 14 а.

2. Важливо правильно розташувати ноги, щоб не перекинутися назад: слід винести вперед хвору ногу, злегка зігнути її і покласти на подушку. Здорова нога повинна бути майже випрямлена і лежати позаду хворої.

3. Хвору руку необхідно випрямити і покласти на подушку, створюючи правильну опору для хворого плеча. Для зручності можна злегка зігнути хвору руку в лікті. Пальці хворої руки треба розташувати так, щоб вони рівно лежали на подушці (рис. 14 б) [5]:

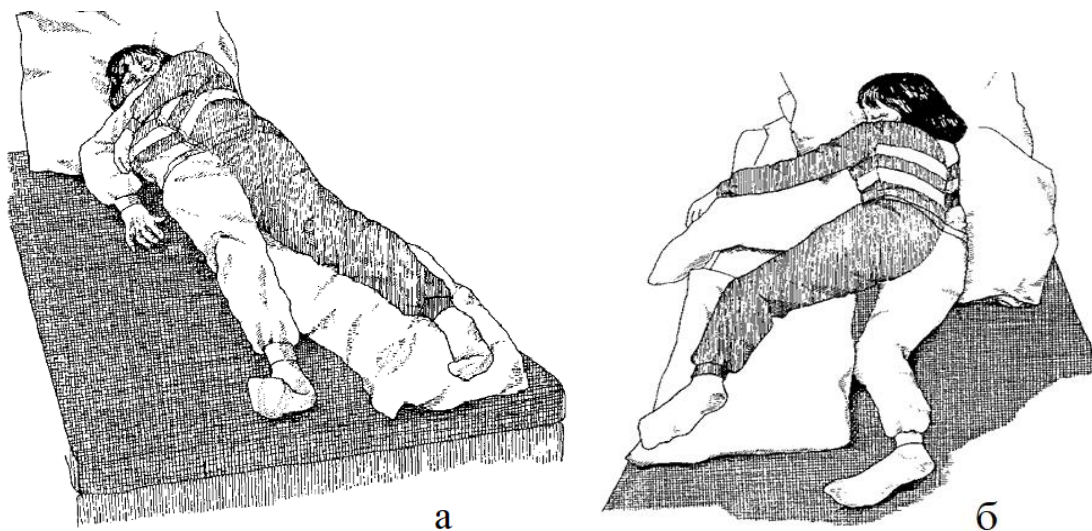


Рис. 14. Положення інсультного хворого в ліжку на здоровому боці:
а – неправильне, б – правильне

Як правильно лежати в ліжку на хворому боці:

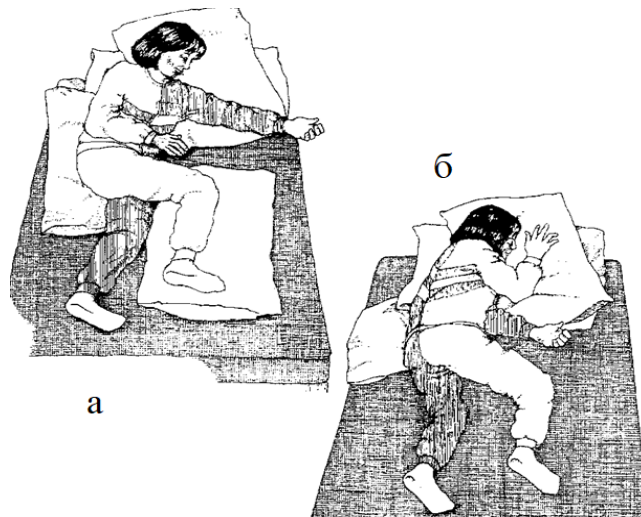
Лежати на хворому боці часто незручно через біль у плечі, тому краще так не лягати. Але якщо пацієнт може лежати на хворому боці, треба зробити так:

1. Для того, щоб не скотитися з ліжка, під спину треба підкласти подушку, позаяк у цьому положенні м'язи найбільш розслаблені.

2. Винести вперед хворі плече і руку, випрямити її і покласти долонею вгору (рис. 15 а). Не можна лежати на хворій руці так, як показано на рисунку 15 б.

3. Хвора нога повинна бути майже випрямлена, стегно – на одній лінії з тулубом, коліно злегка зігнуте, а гомілка відсунута назад.

4. Здорову ногу потрібно зігнути в кульшовому і колінному суглобах і покласти на подушки перед хворою ногою (рис. 15 а) [5]:



*Рис. 15. Положення інсультного хворого в ліжку на хворому боці:
а – правильне, б – неправильне*

Як правильно лежати на спині:

Положення лежачи на спині – це гірше становище для хворого боку, позаяк посилюється скутість м'язів хворих кінцівок. Проте якщо це єдине зручне для пацієнта положення, треба зробити таке:

1. Покласти дві подушки для опори плечей, шиї і голови так, щоб голова була в центрі, шия – трохи зігнута вперед, а обличчя – повернуте догори (рис. 16).

2. Слідкувати за тим, щоб плече хворої руки не з'їжджало з подушок. Покласти хвору руку так, щоб верхня її частина і плечовий суглоб лежали на подушці, а область лопатки – поза подушкою. Хвора рука повинна бути розвернута назовні, долонею догори. Ще одну подушку треба покласти під хвору ногу так, щоб коліно було злегка зігнуте. Це буде опорою для хворого стегна, і нога не буде скочуватися [5].



Рис. 16. Правильне положення інсультного хворого в ліжку на спині

Як правильно сидіти в кріслі:

Після перенесеного інсульту часто складно утримувати рівновагу, тому, треба сидіти в кріслі з підлокітниками і високою прямою спинкою (рис. 17 а). Щоб зручно було сидіти в кріслі, необхідно:

1. Сидіти з прямою спиною, спираючись на спинку крісла, рівномірно розподіливши вагу тіла на обидві сідниці.

2. Голову тримати прямо, не схиляючи її на одну зі сторін.

3. Ноги в кульшовому, колінному і гомілковостопному суглобах слід зігнути під прямим кутом. Ступні повинні повністю опиратися на підлогу, інакше може розвинутися стійкий спазм в нозі, вона висунеться вперед, і хворий сповзе з крісла (рис. 17 б). Щоб цього не сталося, треба тримати ступню ближче до ніжок крісла.

4. Хвора рука повинна спиратися на підлокітник або лежати на столику. Подушка в цьому випадку може бути хорошою опорою для руки. Другу подушку треба підкласти під спину і плече з хворої сторони (рис. 17 а) [5].

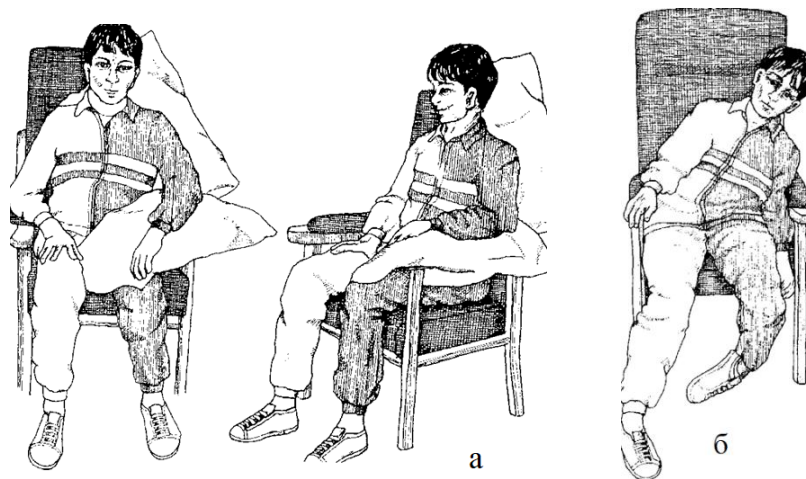


Рис. 17. Сидіння інсультного хворого в кріслі: а – правильне, б - неправильне

Рекомендована література

1. Инсульт: программа возврата к активной жизни / ВОЗ, Н.П. Базеко, Ю.В. Алексеенко. – М. : Мед. лит., 2004. – С. 15–37.

2. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 3. Логопедия, глотание / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – 26 с.

3. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 2.

Сестринские вопросы / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – 41 с.

4. Камаева О.В. Мультидисциплинарный поход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 4. Функция тазовых органов / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – 22 с.

5. Сара Тайсон и др. Начните двигаться! Руководство по восстановлению двигательных функций после перенесенного инсульта / Сара Тайсон и др. – СПб., 2001. – 84 с.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення інсульту. Охарактеризуйте його прояви.
2. Розкрийте зміст порушення регуляції м'язового тону при інсульті, парезах і паралічах.
3. Охарактеризуйте порушення сприйняття, розлади зору, слуху, нюху, дотику, тактильної чутливості, мови після перенесеного інсульту.
4. Охарактеризуйте відновні процеси, які відбуваються у гострому періоді інсульту, безпосередньо після судинної катастрофи.
5. Опишіть типовий приклад спастичних станів при інсульті.
6. Охарактеризуйте найважливіші ускладнення гострого періоду інсульту.
7. Як доглядати за хворим в перші дні після інсульту з метою профілактики розвитку пневмонії?
8. Як доглядати за хворим в перші дні після інсульту з метою профілактики розвитку інфекції сечовивідних шляхів;
9. Яким має бути догляд за хворим в перші дні після інсульту з метою профілактики розвитку емболії легеневих артерій.

Для самостійного опрацювання

1. Поняття про гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та особливості догляду з метою профілактики ускладнень.
2. Догляд і програма реабілітаційного втручання у відновний період після інсульту: цілі раннього реабілітаційного втручання; реабілітаційна програма та особливості її планування; правильне позиціонування і ранній догляд при відновленні рухів; вимоги до правильного лежання і сидіння в ліжку.
3. Фактори, які впливають на відновлення після інсульту. Тренування повсякденних навиків побутового самообслуговування після інсульту.
4. Догляд за пацієнтами з порушенням ковтання та комунікативної

функції: фізіологія і патологія дисфагії; симптоми дисфагії та методика оцінки ковтання; практичні рекомендації з годування пацієнтів з дисфагією.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Часткове порушення рухів руки або ноги, яке виникає внаслідок інсульту, називається:

а) параліч; б) параплегія; в) парез; г) моноплегія.

2. Після перенесеного інсульту хворий нагадує німого, а в легших випадках мова стає бідною і складається переважно з іменників у називному відмінку. Цей стан називається:

а) сенсорна афазія; б) астереогноз; в) моторна афазія; г) дизартрія.

3. До ускладнень інсульту відноситься все, **окрім:**

а) емболії легеневої артерії; б) контрактур; в) відлежин; г) цукрового діабету; д) дисфункції тазових органів.

4. Контрактури – це:

а) обмеження активних і пасивних рухів у суглобі зумовлене тривалим нерухомим станом кінцівки; б) ущільнення м'язових волокон;
в) неконтрольовані, надлишкові рухи у суглобах.

5. З метою профілактики контрактур використовують:

а) ортези; б) викладання кінцівок у середньому фізіологічному положенні;
в) вправи з лікувальної фізичної культури (ЛФК) для суглобів рук і ніг;
г) усі відповіді правильні.

6. З метою профілактики емболії легневих артерій після інсульту рекомендують усі наведені заходи, **окрім:**

а) використовувати еластичні панчохи;
б) кілька разів на добу проводити активну і пасивну “венозну гімнастику” для ніг; в) проводити масаж: прогладжування і розминання від стопи до стегна;
г) забезпечити повний спокій пацієнтові, зменшуючи тим самим ризик відриву тромбу і тромбоемболії.

ЛЕКЦІЯ № 6

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ДИСФУНКЦІЄЮ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ

ПЛАН

1. Типи дисфункцій тазових органів у неврологічних хворих.
2. Менеджмент неврологічних хворих з дисфункцією тазових органів, оцінка і моніторинг.
3. Питний режим, ускладнення, зумовлені дегідратацією.
4. Профілактика і лікування закрепів.

1. Типи дисфункцій тазових органів у неврологічних хворих

У неврологічних хворих трапляються такі типи дисфункції тазових органів:

I. Гіперрефлексія детрузора. Детрузор (м'яз сечового міхура, довільне скорочення якого призводить до повного спорожнення сечового міхура) стає гіперактивним і мимоволі скорочується навіть при малих обсягах сечі в міхурі. Проявами є:

- імперативні позиви до сечовипускання – полакіурія (прискорене сечовипускання),
- ніктурія – часте сечовипускання вночі. Пацієнт при цьому скаржиться на «наказові, термінові, невідкладні» позиви на сечовипускання, які він не може зупинити і в результаті яких може статися нетримання сечі [2].

II. Детрузор-сфінктер диссинергія. Замість розслаблення сфінктера сечового міхура, що в нормі відбувається перед скороченням детрузора, одночасно скорочуються і детрузор, і сфінктер. Це перешкоджає сечовипусканню. У результаті скорочення детрузора при скороченому сфінктера пацієнт скаржиться на:

- затримку сечовипускання;
- утруднення на початку сечовипускання;
- переривчастий струмінь;
- неповне випорожнення сечового міхура: підставою для останньої скарги набагато частішим є не постійне відчуття неповного випорожнення, а часті позиви на сечовипускання – через кожні 5–10 хвилин [2].

III. Зниження скоротливої здатності детрузора. Це викликає порушення спорожнення сечового міхура, тобто детрузор при сечовипусканні не може повністю скоротитися, у результаті в сечовому міхурі весь час присутня деяка кількість залишкової сечі (від 100 мл до 1 літра і навіть більше).

У пацієнта може і не бути відчуття неповного звільнення сечового міхура, але майже завжди він скаржиться на часті позиви на сечовипускання і зазначає, що періодично сеча каламутна з неприємним запахом (при наявності залишкової сечі високий ризик розвитку інфекції) [2].

IV. Гостра затримка сечовипускання – неможливість самостійного сечовипускання при достатньому наповненні сечового міхура. Це екстремально некомфортний стан хворого, що несе в собі потенційну загрозу для життя. Це досить часта патологія, особливо у чоловіків похилого віку [2].

V. Нетримання сечі: у пацієнта немає відчуття наповнення сечового міхура і позиву на сечовипускання, що призводить до мимовільного витікання сечі під час фізичного навантаження, наприклад, кашлю, підняття вантажу [2].

VI. Закреп аж до «калового завалу». Під терміном «каловий завал» розуміють патологічний стан, що є ускладненням хронічного закрепу. У міру розвитку недуги у кишечнику відбувається ущільнення фекалій, які поступово тверднуть і перетворюються на каміння. Калова пробка провокує виникнення кишкової непрохідності, на тлі чого людина страждає від виражених больових та інших дискомфортних відчуттів [2].

VI. Нетримання калу. Причина – пухлинні утворення, травми тощо [2].

Таблиця 5

**Дисфункції сечового міхура і кишечника, пов'язані з
неврологічними захворюваннями [2]**

Неврологічне захворювання	Дисфункція сечового міхура	Дисфункція кишечника
Деменція Хвороба Паркінсона; гостре порушення мозкового кровообігу; церебральний параліч; пухлина головного мозку	Гіперрефлексія детрузора Нетримання Неохайність	Неохайність Нетримання Каловий завал
Розсіяний склероз; мієліт; травматичне ушкодження спинного мозку; компресія (пухлина)	Гіперрефлексія детрузора Детрузор-сфінктер диссинергія Нетримання	Змішане нетримання Втрата контролю над довільним скороченням сфінктерів, м'язів, які формують тазове дно і м'язів живота

Дисфункції тазових органів не пов'язані з неврологічним захворюванням:

➤ Хронічна затримка сечовипускання (аденома передміхурової залози).

➤ Стресове нетримання сечі. Ця проблема виникає через слабкість м'язів, що формують тазове дно, і сфінктера сечового міхура. Пацієнт скаржиться на підтікання сечі під час сміху, кашлю, чхання, а також при різких рухах, бігу, стрибках.

➤ Функціональне нетримання, тобто пацієнт виявляється мокрим або брудним через функціональні проблеми, залежність від навколишніх, труднощів у догляді за собою:

✓ через рухові проблеми пацієнт не може вчасно дійти до туалету або пересісти на приліжковий туалет;

✓ через мовні порушення пацієнт не може пояснити, що хоче в туалет;

✓ через слабкість або атаксію пацієнт не може достатньо швидко зняти одяг;

✓ через апраксію (порушення довільних рухів та дій з предметами) пацієнт не може правильно скористатися судном;

✓ через когнітивні проблеми пацієнт не може усвідомити необхідність відвідати туалет або використовує замість туалету невідповідне місце;

✓ судно або приліжковий туалет стоять далеко від пацієнта, і він не може їх дістати і т. д. [2].

2. Менеджмент неврологічних хворих з дисфункцією тазових органів, оцінка і моніторинг

Методи ведення неврологічних пацієнтів з дисфункцією тазових органів [2]:

• Оцінка та моніторинг: ведення щоденника кишківника і карти сечового міхура.

• Облік рідини, одержуваної і виведеної пацієнтом – питний режим.

• Підбір, застосування підгузників, прокладок, сечоприймача.

• Навчання самокатетеризації.

• Ретренування сечового міхура.

• Катетеризація, вибір типу катетера.

• Методи стимуляції сечовипускання.

• Рекомендації зі зміни одягу.

• Оцінка стану шкіри, профілактика пролежнів.

• Зміна навколишнього оточення: тип і висота приліжкового туалету, поручні в туалеті, висота унітазу.

- Навчання навичок самодогляду: вміння роздягнутися і одягнутися, вимити руки тощо.
- Навчання переходу в положення сидячи, стоячи, пересадження (на приліжковий туалет).
- Навчання ходьби, підбір пристосувань для ходьби.
- Вправи для зміцнення м'язів тазового дна.
- Призначення додаткових методів дослідження (УЗД).
- Медикаментозне лікування.
- Відновлення навичок спілкування.
- Зміна дієти.
- Режим харчування і дефекації.
- Правильна поза для дефекації.
- Техніка правильного напруження.
- Навчання родичів та осіб, які доглядають за пацієнтом [2].

Оцінка і моніторинг

Для вибору відповідних методів і складання плану догляду пацієнта необхідно з'ясувати, який у нього тип дисфункції тазових органів. Для цього необхідно ретельно оцінити його, використовуючи відповідні оцінні форми і опитувальники. Ведення відповідної документації допоможе згодом оцінити результати втручання [2].

Наприклад:

1. Опитувальник Аддісона (Addison) – для оцінки дисфункції сечового міхура і кишківника, симптоми і ступінь їх тяжкості. Складається із 40 запитань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів:

1. Я відчуваю біль при сечовипусканні.
2. У мене був встановлений діагноз «цистит».
3. Я відчуваю, що не можу спорожнити сечовий міхур повністю.
4. У мене закрепи – менше трьох дефекацій на тиждень

Оцінка: 0–53 бали – легкі симптоми

54–107 балів – симптоми середньої тяжкості

108–160 балів – важкі симптоми

2. Карта обліку виділеної сечі і ступеня терміновості позиву на сечовипускання.

3. Карта обліку вживаної рідини [2].

3. Питний режим, ускладнення, зумовлені дегідратацією

Питний режим

Більшість пацієнтів з дисфункцією тазових органів намагаються обмежити кількість рідини, що випивається (дегідратація). Так само роблять люди, які доглядають за пацієнтами з нетриманням, щоб скоротити кількість відвідувань туалету або запобігти нетриманню сечі і полегшити догляд. Проте дегідратація тільки посилює проблеми, пов'язані з дисфункцією тазових органів. Пацієнти у важкому стані не можуть самостійно регулювати водний баланс, тому медичні працівники повинні стежити за цим. Часто вважається, що якщо важкий пацієнт отримує 2–3 крапельниці на день, то цього достатньо, проте треба розраховувати необхідну кількість рідини за формулою: 30 мл на кілограм ваги (на 100 кг ваги пацієнта – має припадати 3 літри рідини). Необхідно збільшувати кількість рідини в жарку погоду або при високій температурі тіла. При важкій серцево-судинній недостатності питний режим необхідно узгодити з кардіологом [2].

Ускладнення, викликані дегідратацією

➤ Через зменшення вживання рідини сеча стає більш концентрованою, вона подразнює стінки сечового міхура і провокує імперативні позиви, в результаті пацієнт виявляється мокрим ще частіше.

➤ Концентрована сеча – сприятливе середовище для розвитку інфекції, яка підсилює частоту і терміновість позивів на сечовипускання.

➤ Дегідратація призводить до того, що калові маси стають твердими, спресованими, це спричиняє розвиток важкого закрепу, а іноді каловому завалу.

➤ Кишківник, заповнений каловими масами, подразнює сечовий міхур, тим самим провокуючи імперативні позиви і рефлексорне нетримання.

➤ Дегідратація разом із нетриманням і обмеженням рухових можливостей різко підвищує ризик розвитку пролежнів [2].

Рекомендації з питного режиму повинні включати в себе не тільки кількість і тип рідини, але і спосіб її введення. Бажано проводити гідратацію через рот, однак у неврологічних пацієнтів часто діагностується порушення ковтання, а значить, це неможливо. У такому випадку рекомендується постановка назо-гастрального зонда або підбір рідини, такої консистенції, що безпечна для ковтання (кисіль, йогурт тощо).

Необхідно дати пацієнтові і його родичам чіткі інструкції про питний режим і про напої, які слід виключити з раціону, наприклад: дуже солодкі або газовані напої, дуже кислі соки.

4. Профілактика і лікування закрепів

Симптоми закрепу [1, 2, 3]:

- ✓ дефекація рідше 3 разів на тиждень;
- ✓ необхідність сильного напруження і відчуття болю під час дефекації;
- ✓ дефекація горошкоподібними фекаліями (стілець вівці).

Неврологічні пацієнти схильні до закрепів з кількох причин:

- ✓ перистальтика кишківника порушується через неврологічне захворювання;
- ✓ різке обмеження загальної активності через рухові проблеми також спричиняє до закрепів;
- ✓ недостатнє вживання рідини призводить до того, що калові маси стають щільними, спресованими, що ускладнює їх проходження по кишківнику;
- ✓ недостатнє або неправильне харчування (часто це пов'язано з порушенням ковтання);
- ✓ неможливість підтримати правильну позу для дефекації. Положення лежачи не є фізіологічним для дефекації, навіть сидючи на приліжковому туалеті спорожнити кишківник буває дуже важко, якщо він не підібраний за висотою;
- ✓ відсутність домашньої особистої обстановки так само сприяє розвитку закрепу;
- ✓ можуть знижувати деякі лікарські препарати перистальтику кишківника (спазмолітики, опіати і т. д.) [2].

Методи регулювання роботи кишківника при закрепах [2]

1. Щоденник кишківника. Протягом 5–7 днів необхідно вести щоденник кишківника, де вказується точний час дефекації, роблячи позначку, якщо сталося нетримання стільця. Доцільно заповнювати одночасно щоденник кишківника і сечового міхура [2].

2. Режим харчування і дефекації. Перший крок у регулюванні роботи кишківника – це вибір часу, найбільш сприятливого для акту дефекації. Необхідно з'ясувати звичний режим дефекації пацієнта. Найбільш сприятливий час для спорожнення кишківника – зранку незабаром після їди (приблизно через 30 хвилин). Необхідно пропонувати пацієнтові відвідувати туалет в один і той самий час. Корисно випити чашку теплого пиття, що може стимулювати дефекацію. Повторювати цю процедуру варто день у день, в один і той самий час. Необхідно пам'ятати про інтимні речі: відгородити пацієнта ширмою, завжди, коли це можливо, відвезти його в туалет [2].

3. Достатнє споживання рідини. Кожен день необхідно випивати 1,5–2 літри рідини. Клітковина вбирає рідину. При збільшенні кількості клітковини в дієті слід збільшити кількість вживаної рідини. Газовані напої викликають метеоризм, тому їх не варто давати пацієнтам [2].

4. Масаж живота. Масаж живота проводять погладжувальними круговими рухами за годинниковою стрілкою, повільно, злегка натискаючи на черевну стінку [2].

5. Підтримка можливої рухової активності і щоденна програма фізичних вправ. Пацієнт не повинен перебувати довго в одному положенні якщо він сам не може поміняти положення в ліжку, треба регулярно повертати його на бік. Найефективнішою профілактикою закрепу є рання активізація. Ходьба добре стимулює роботу кишківника. Крім того, є кілька нескладних вправ, які можуть допомогти [2].

6. Правильна поза при дефекації. Правильна поза має величезне значення для полегшення спорожнення кишківника:

- спина повинна бути прогнута і живіт розслаблений, а не втягнутий,
- таз не повинен закидатися назад, а бути нахиленим уперед,
- коліна повинні бути трохи вище стегон,
- лікті, якщо це не важко, повинні впиралися в коліна [2].

Людам з руховими проблемами зазвичай рекомендують зробити сидіння на унітаз більш високим, тому що це полегшує вставання. Але в цьому випадку, коли пацієнт сідає на унітаз, коліна виявляються нижче від стегон, і це утрудняє спорожнення кишківника. Для того, щоб розв'язати обидві проблеми, треба збільшити висоту сидіння в туалеті, але поставити там невелику лавку для ніг. Це допоможе підтримати правильну позу під час дефекації, а потім, відсунувши лавку, пацієнт зможе встати без особливих зусиль [2].

7. Медикаментозне лікування. Медикаментозне лікування слід застосовувати тільки тоді, коли всі перелічені вище методи управління кишківником не допомагають. При регулярному застосуванні стимулювальних проносних засобів може розвинутися звикання що, зі свого боку, призведе до ще більш важкого закрепу. Припустимо періодичне застосування клізм (не частіше двох разів на тиждень). Іноді доводиться вдаватися до пальцевого спорожнення ампули прямої кишки, особливо в разі калового завалу. Хороший ефект дає застосування гліцеринових свічок, якщо калові маси знаходяться у прямій кишці. При високому стоянні калових мас доцільно використовувати гуталакс [1, 2, 3].

Рекомендована література

1. Инсульт: программа возврата к активной жизни / ВОЗ, Н.П. Базеко, Ю.В. Алексеенко. – М. : Мед. лит., 2004. – 256 с.
2. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 4. Функция тазовых органов / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – 22 с.
3. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных : методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / О.В. Камаева, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычкова. – СПб., 2003. – 41 с.

Контрольні запитання

1. Назвіть типи дисфункцій тазових органів у неврологічних хворих.
2. Охарактеризуйте стан гіперрефлексії детрузора.
3. Охарактеризуйте стан детрузор-сфінктер диссинергії.
4. Охарактеризуйте стан зниження скоротливої здатності детрузора.
5. Охарактеризуйте стан гострої затримки сечовипускання і нетримання сечі, закрепи.
6. Охарактеризуйте дисфункції тазових органів, не пов'язані з неврологічним захворюванням.
7. Назвіть методи ведення неврологічних пацієнтів з дисфункцією тазових органів.
8. Як проводиться оцінка і моніторинг дисфункції тазових органів.
9. Опишіть ускладнення, викликані дегідратацією, та сформулюйте заходи профілактики.

Питання для самостійного опрацювання

1. Тренування рівноваги і ходьби.
2. Тренування рівноваги в положенні сидячи.
3. Тренування положення стоячи.
4. Положення сидячи і його корекція.
5. Фізична терапія для відновлення рухової діяльності паретичної руки і ноги. Тренування ходьби.

Тестові завдання для самоконтролю

1. М'яз сечового міхура, довільне скорочення якого призводить до повного спорожнення сечового міхура називається:

- а) десфузор; б) детрузор; в) сфінктер.

2. Часте сечовипускання вночі називається:

а) полакіурія; б) анурія; в) ніктурія; г) поліурія.

3. Для оцінки дисфункції сечового міхура і кишківника, симптомів і ступінь їх тяжкості використовують:

а) шкалу Берга; б) шкалу Ватерлоу; в) шкалу MMSE; г) опитувальник Аддісона.

4. Необхідну кількість рідини, яку потрібно спожити пацієнту, розраховують за формулою:

а) 20 мл на кг маси тіла; б) 15 мл на кг маси тіла; в) 30 мл на кг маси тіла;
г) 25 мл на кг маси тіла.

5. Правильна поза при дефекації, яка полегшує спорожнення кишківника передбачає все, окрім:

а) спина повинна бути прогнута і живіт розслаблений, а не втягнутий;
б) таз не повинен закидатися назад, а бути нахилений вперед;
в) коліна повинні бути трохи нижче від стегон;
г) лікті, якщо це не важко, повинні упиратися в коліна;
д) коліна повинні бути трохи вище від стегон.

6. Що з наведеного не застосовують для лікування закрепів:

а) гліцеринові свічки; б) спазмолітики; в) гуталакс; г) очисну клізму.

ЛЕКЦІЯ № 7

ВИДИ ПРОСТИХ ЛІКУВАЛЬНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ТА ЇХ ВИКОНАННЯ

ПЛАН

1. Види компресів, механізм їх лікувальної дії, правила накладання компресів. Застосування грілки.
2. П'явки: механізм лікувальної дії, показання і протипоказання до використання, методика прикладання п'явок.
3. Клізми, види клізм та механізми їх лікувальної дії, правила проведення процедури клізмування.
4. Газовідведення з товстої кишки.

1. Види компресів, механізм їх лікувальної дії, правила накладання компресів. Застосування грілки

Компреси – відволікаюча процедура. Компреси поділяються на зігрівальні і холодні [1, 2].

Зігрівальні компреси використовуються з метою тривалого розширення шкірних і глибоко розміщених кровоносних судин. Холодні компреси мають протилежну дію на кровоносні судини. Зігрівальний компрес складається з трьох шарів: клаптика чистої, але м'якої і гігроскопічної тканини (ляне полотно), яку змочують рідиною кімнатної температури і добре відтискають; клейонки або вощеного паперу; вати. Кожний наступний шар має бути ширшим, ніж попередній, на 2 см. Виготовлений у такий спосіб компрес акуратно прикладають до ділянки тіла так, щоб вологий шар щільно прилягав до шкіри, а решта з надлишком прикривала його. Потім компрес старанно прибинтовують. Пов'язку зверху краще закріпити теплою шерстяною хусткою або шарфом. Тривалість перебування на шкірі зігрівального компресу не повинна перевищувати 12 год. Для зігрівальних компресів використовують теплу воду, слабкий розчин оцту (1 чайна ложка на 0,5 л води), горілку, одеколон або спирт, який розводять водою у співвідношенні 1:1. Якщо після накладання компресу хворого лихоманить, то компрес накладений неправильно і його потрібно замінити. Для попередження подразнення шкіри після компресу необхідно протерти м'яким сухим рушником, а потім змастити дитячим кремом, присипати присипкою (тальк, дитяча присипка). Перерва між черговими використаннями компресу повинна становити не менше двох год.

Зігрівальний компрес використовують у випадках запальних захворювань горла, суглобів, плеври, молочних залоз, інфільтративних процесів (після ін'єкцій), міозитів тощо.

Холодний компрес накладають хворим, які отримали удари. Техніка його накладання нічим не відрізняється від техніки накладання зігрівального компресу. Поряд з холодним компресом використовують також і міхур із льодом. Особливо ця процедура ефективна у випадках кровотеч, при високій температурі тіла, укусах комах. Для цього лід розбивають у ганчірці на дрібні шматочки, заповнюють ними міхур до половини об'єму. Складений учетверо рушник підкладають під міхур з метою запобігання переохолодженню шкіри. Якщо появляється біль від тиску міхура, його підвішують над хворим місцем

Таблиця 6

Застосування холодного компресу та міхура з льодом

Показання	Місце прикладання	Механізм лікувальної дії
Сильний біль голови	Потилиця	Звуження поверхневих та глибоких артеріальних і венозних судин. Зменшення набряку, зупинка кровотечі. Обмеження запального процесу. Зменшення всмоктування токсичних речовин із запального вогнища. Анестезія поверхневих рецепторів, що сприяє рефлекторному зменшенню порога збудливості глибоко розміщених рецепторів. Поверхнева та глибока знеболювальна дія
Інсульт, особливо геморагічний		
Набряк мозку	Обличчя, потилиця, поверхня тіла	
Гіпертермія		
Запалення очеревини (перитоніт)	Живіт	
Свіже забите місце	Уражене місце	
Гострий тромбофлебіт		
Різні кровотечі: 1) носові; 2) виразкові; 3) гемороїдальні; 4) стравохідні; 5) легеневі; 6) маткові	1. Перенісся. 2. Живіт. 3. Куприк. 4. Грудина, ковтання подрібненого льоду. 5. Грудна клітка, ковтання подрібненого льоду. 6. Нижня частина живота	

Протипоказання до застосування холодних компресів:

- виснаження хворого;
- хвороби, які супроводжуються артеріальними спазмами (облітераційний ендартеріїт, хвороба Рейно);

- підвищена чутливість до холоду;
- втрата чутливості шкіри (паралічі);
- хворим з гострою затримкою сечі;
- при трофічних ураженнях шкіри;
- з обережністю застосовувати для хворих у непритомному стані [1, 2].

Застосування грілки. Грілка застосовується для місцевого зігрівання тканин, розсмоктування запальних процесів, зняття болю. Гумову грілку наповнюють на 3/4 об'єму. Із 1/4 (недозалитої частини) випускають повітря шляхом згинання грілки біля горловини. Потім щільно закривають грілку пробкою. Для перевірки герметичності грілку необхідно повернути пробкою вниз. Переконавшись, що вода не витікає, грілку насухо протирають, обгортають рушником і прикладають до болючого місця. Для попередження пігментації, шкіру під грілкою попередньо змащують вазеліном. Тривалість використання грілки 30–40 хв. [1, 2].

2. П'явки: механізм лікувальної дії, показання і протипоказання до використання, методика прикладання п'явок

Гірудотерапія – застосування п'явок з лікувальною та профілактичною метою. Використовують для поліпшення реології крові, сповільнення її зсідання, падіння регіонарного венозного тиску. П'явки застосовуються для лікування таких захворювань:

- тромбози мозкових судин, гіпертонічна хвороба і струс головного мозку (прикладують п'явки на соскоподібні відростки по вертикальній лінії, відступаючи на 1 см від вушної раковини);
- інфаркти і передінфарктні стани (ставлять на ділянку серця у III–V міжреберних проміжках від грудини на 1 см зліва);
- тромбофлебіти підшкірних вен (розміщують п'явки уздовж затромбованої підшкірної вени, відступаючи по 1 см з обох боків, і розташовують їх у шаховому порядку з проміжками 5–6 см);
- застійна печінка (прикладують на ділянку правого підребер'я уздовж реберного краю);
- тромбоз гемороїдальних вен (ставлять на ділянку куприка і навколо заднього отвору).

Для використання придатні тільки здорові голодні п'явки, котрі швидко рухаються у воді і мають тонке витягнуте тіло. Перед процедурою місце накладання п'явок необхідно старанно обробити: волосся зголити, шкіру протерти спиртом або розчином перексиду водню, потім стерильним тампоном (попередньо змоченим у гарячій воді), змінюючи його 2–3 рази. Така обробка

забезпечить повну дезінфекцію і приплив крові до шкіри, що сприяє доброму присмоктуванню п'явок. П'явку захоплюють пінцетом і кладуть у пробірку хвостовим кінцем униз. Відкритий кінець пробірки підносять до місця накладання і чекають, поки п'явка присмокчеться до шкіри. Після цього пробірку знімають з п'явки і таким чином приставляють решту п'явок. Зазвичай п'явки тримаються на шкірі від 30 до 60 хв, а потім самі відпадають. Коли потрібно зняти п'явку раніше, шкіру навколо неї змочують підсоленою водою, або прикладають тампон, змочений нашатирним спиртом. Насильно відривати п'явки не рекомендується, тому що може утворитися ранка на шкірі, що спричинить кровотечу. Після того, як п'явки відпадуть, на місце їх розміщення накладають асептичну пов'язку [2, 3].

Таблиця 7

Застосування медичних п'явок [3]

Показання	Місце прикладання п'явки	Механізм лікувальної дії
Ішемічна хвороба серця, напади стенокардії, що затягнулися, інфаркт міокарда	Ділянка серця (8–10 особин)	Висмоктуючи кров, п'явки випускають у кров організму людини секрет слинних залоз, який у своєму складі має
Тромботичний (ішемічний) інсульт нижніх кінцівок	Соскоподібні відростки поперекових хребців (по 8 п'явок на кожний)	гірудин - інгібітор ферменту тромбіну. Відбувається гальмування зсідання крові не тільки у місці
Тромбоемболія легеневої артерії	Спереду та позаду грудної клітки над місцем інфаркту легені	присмоктування п'явки, а й у циркулюючій крові. Це
Атеросклеротичні ураження: 1) аорти (крім випадків її аневризми); 2) вінцевих судин, судин головного мозку; 3) судин нижніх кінцівок	1. Другий міжребровий проміжок ліворуч від груднини. 2. Другий міжребровий проміжок праворуч від груднини. Ділянка серця. 3. Соскоподібні відростки, вздовж ураженої судини	запобігає тромбозу і сприяє: а) покращенню реологічних властивостей та мікроциркуляції крові; б) блокуванню процесу прилипання тромбоцитів один до одного та до стінки судин.
Тромбофлебіт	Уздовж уражених судин	Первинна дія: фермент дестабілазу та деякі простагландини, що мають у своєму складі гістаміноподібні речовини, зумовлюють розширення артеріол перифе-

		рії та внутрішніх органів, у тому числі вінцевих та мозкових артерій. Остаточна дія: тромболітична, протиатеросклеротична (гідроліз холестерину)
Хронічний бронхіт	Грудна клітка у міжребровому проміжку	Ферменти, що інгібують медіатори запалення.
М'язово-суглобовий ревматизм	Ділянки серця, суглобів	Протизапальна дія
Біль голови	Соскоподібні відростки	Блокування брадикініну, що стимулює больові відчуття (знеболювальна дія)
Неврит, невралгія, радикуліт	Уздовж уражених нервових стовбурів, хребта залежно від місця ураження	
Хронічний застій крові у легенях при: • серцевих вадах; • лівошлуночкової недостатності; • хронічному легенево-серцевому	Спереду та позаду грудної клітки у міжребровому проміжку	Відволікальна дія. Відтягування крові із застійних ділянок, запальних вогнищ: перерозподіл крові, зменшення об'єму циркулюючої крові (дія подібна до кровопускання)

Протипоказання до гірудотерапії [2, 3]:

- індивідуальна нестерпність,
- гемофілія,
- геморагічні діатези,
- виражена гіпотонія,
- важка анемія,
- вагітність,
- підвищена температура тіла,
- онкологічні захворювання.

3. Клізми, види клізм та механізми їх лікувальної дії, правила проведення процедури клізмування

Метод введення через пряму кишку в кишківник якої-небудь речовини (води, ліків, олії тощо) називається клізмою. Клізми поділяють на лікувальні (очисна, сифонна, лікарська); діагностичні (введення сульфату барію в товсту кишку при іригоскопії). З допомогою лікувальних клізм досягаються такі цілі: механічне спорожнення товстої кишки (очисна клізма); промивання товстої кишки (сифонна клізма); лікувальна дія на товсту кишку; введення в організм через кишку ліків, поживних речовин.



Рис. 18. Кухоль Есмарха

Діагностичні клізми дають можливість визначити вміст товстої кишки і ввести у неї контрастну речовину для проведення рентгенологічного дослідження.

Необхідною умовою правильного застосування клізми є знання анатомії прямої кишки. За сфінктером анального отвору пряма кишка розташовується допереду (4–5 см), після чого утворює вигин дозад у до крижів, який формує ампулу. Ампула вміщує 400–700 мл

рідини. Просування наконечника під час виконання процедури має йти у напрямі прямої кишки.

Очисна клізма. Для звільнення товстої кишки від калових мас у випадку затримки випорожнення, перед операцією, рентгенологічним дослідженням, оглядом гінеколога чи уролога, ректороманоскопією призначають очисні клізми. Хворому перед клізмою пропонують помочитися, вкладають на лівий бік із зігнутими й притиснутими до живота ногами. Хворого переміщують на край ліжка, підкладають під нижню частину тулуба клейонку так, щоб вона звисала низько над тазом. Якщо хворому не можна повертатися, клізму ставлять у положенні на спині, згинаючи ноги в колінах, стегна розводять у боки [2].

Воду вводять за допомогою кружки Есмарха зі скла, металу або гуми. Зазвичай для клізми потрібно взяти 1 л води (25–30 °C). До нижнього кінця кварти через бічне відгалуження підключають гумову трубку завдовжки 150 см і діаметром 1 см, на кінець трубки надівають пластмасовий чи гумовий наконечник із краном; кварта, трубка і наконечник мають бути продезінфіковані і вимиті (рис. 18).

Медична сестра чи лікар надівають гумові рукавички і клейончастий фартух, заповнюють кружку водою, витискують повітря з гумової трубки і

наконечника. Закрутивши кран, кружку підвішують на штативі на висоті 1 м. Змащують наконечник вазеліном і вводять хворому у пряму кишку на глибину 10–12 см, уздовж прямої кишки. Після встановлення наконечника вводять до 1 л води, регулюючи її надходження так, щоб не викликати сильних больових відчуттів. Перед вийманням наконечника кран закручують. Хворий втримує воду у кишці близько 20 хв, після чого йде в туалет, або йому подають судно. За процедурою сестрі або лікарю потрібно стежити особисто. Слід оглянути кал, звернувши увагу на його колір, форму, наявність домішок, гною, слизу, крові.

Пам'ятайте, що потрібно уникати форсованого введення наконечника і вливання великої кількості води під тиском! Коли виникають перешкоди на шляху просування наконечника вглиб прямої кишки, необхідно припинити процедуру й витягнути наконечник, позаяк перешкодою можуть бути пухлини прямої кишки, передміхурової залози, геніталій або наявність калових каменів.

Подальше проведення процедури дозволяє тільки лікар після пальцевого обстеження прямої кишки хворого. У разі наявності калових каменів клізму ставлять після їх видалення, а якщо виявляють пухлини, то проведення цієї процедури стає неможливим.

Високі очисні клізми виконують тільки в присутності лікаря. Для цього кружку піднімають на 1,5–2 м, за цих умов створюється значний тиск у товстій кишці, що сприяє, наприклад, ліквідації завороту сигмоподібної кишки.

Водяні очисні клізми розм'якшують твердий кал і, механічно подразнюючи рецептори прямої кишки, посилюють перистальтику кишківника. Що холодніша вода, то вона сильніше подразнює слизову кишківника і посилює перистальтику, однак дуже холодна вода може викликати спастичне скорочення кишок і затримати спорожнення. У разі спастичних закрепів використовують гарячі клізми (37–42 °C), а за умов атонічних – ставлять прохолодні (12–20 °C).

Для кращого очисного ефекту використовують мильні клізми. До кружки додають столову ложку подрібненого мила (дитячого) і розчиняють його без утворення піни. Мильні клізми також ставлять хворим з атонічними закрепами [1, 2].

Сифонна клізма (рис. 19) є досить відповідальною процедурою і зазвичай, проводиться лікарем або сестрою у присутності лікаря. Хворого і місце проведення процедури готують так само, як і для звичайної клізми. Ця процедура може тривати годину і більше. Сифонну клізму здійснюють за допомогою шлункового зонда і лійки місткістю 1 л. Внутрішній діаметр зонда повинен становити не менше 1 см. Зонд має бути м'яким і пружним з кількома

бічними отворами в нижньому відділі. Лійку міцно з'єднують з верхнім кінцем зонда, нижній кінець якого змащують вазеліном та вводять на 20–30 см у просвіт кишки. На початку процедури зонд опускають донизу. Лійку заповнюють водою так, щоб у кишки не ввійшло повітря, і піднімають її на максимальну висоту. Коли вода стане у лійці на рівні її шийки, її опускають над відром. Рідкий і газоподібний кишковий вміст і вода заповнюють зонд і, згідно з принципом сполучених посудин, виливаються назовні. Маніпуляцію проводять багато разів. Зонд потрібно пересувати, зрошуючи різні ділянки кишок. Під час нагнітання води у кишку зонд обережно вводять вище, а під час спорожнення трохи відтягують назад, що сприяє виведенню рідини.



Дія сифонної клізми проявляється спочатку помутнінням води, надходженням у лійку газів, шматочків калу і нарешті рідкого калу. Сифонна клізма механічно видаляє кал, подразливо діючи на стінку кишок, збуджує перистальтику. У випадку вдалого застосування клізми кишки звільнюються від продуктів бродіння й гниття, що сприяє дезинтоксикації організму, поліпшує кровообіг і дихання [1, 2].

*Рис.19. Сифонна клізма:
а) лійка з гумовою трубкою,
б) техніка постановки клізми*

Гіпертонічна клізма. Найпоширенішою є клізма з гіпертонічного розчину натрію хлориду. Процедуру проводять за допомогою кружки Есмарха чи гумового балона. У пряму кишку вводять 100–200 мл 10 % натрію хлориду, нагрітого до температури 37 °С. Послаблювальна дія клізми настає через 20 хв. Гіпертонічна клізма подразнює слизову оболонку прямої кишки і протипоказана у випадку геморою, запальних процесів.

Лікувальні клізми. Масляні клізми і клізми з настоєм ромашки застосовують у випадку постійного закрепчу. Рослинну олію (150–200 мл) вводять у пряму кишку на ніч, послаблювальний ефект настає через 12 год. Олію попередньо нагрівають до 36–37 °С. Настій ромашки готують так: 2 ст. ложки ромашки заварюють однією склянкою кип'ятку і проціджують крізь марлю. У пряму кишку вводять 150 мл настою, нагрітого до 37 °С.

Лікувальні клізми використовуються з метою зменшення в товстому кишківнику явищ подразнення, запалення, ліквідації спастичного стану цієї ділянки; вони прискорюють загоєння ерозій і виразок, послаблюють запальний процес у параректальній клітковині і порожнині малого таза [2].

Крапельні клізми застосовують рідко, коли прийом їжі через рот неможливий у зв'язку з операціями чи непрохідністю верхніх відділів травного тракту. Водночас, такий спосіб введення в організм розчинів і ліків є досить доцільним, тому що надходячи у кишку краплями і всмоктуючись, ці рідини і ліки не розтягують кишківник, не посилюють кишкову перистальтику і не провокують акту дефекації. Кружку Есмарха заповнюють різними розчинами (5 % розчин глюкози, розчин амінопептиду тощо), нагрітими до 39–40 °С. Кружку з'єднують з гумовою трубкою, крапельницею й крізь наконечник у пряму кишку крапельно (20–30 крапель за хвилину) вводять до 1–2 л розчину. За годину до поживної клізми виконують очисну [2].

Діагностичні клізми використовуються для рентгенологічного дослідження кишківника (іригоскопія) і дають можливість ввести у його просвіт сульфат барію; за цих умов рентгенолог може визначити характер пасажу рентгеноконтрастної маси по просвіту кишки і виявити патологічні утворення на її стінці (пухлини, поліпи тощо). Обов'язковою умовою для проведення іригоскопії є старання звільнення кишечника від калових мас і впевненість у відсутності патологічних змін у прямій кишці (виразки, пухлини), які можуть стати причиною ускладнень під час дослідження [2].

4. Газовідведення з товстої кишки проводять з метою видалення з кишківника скупчення газів. Для цього користуються газовідвідною трубкою. Зазвичай це товста трубка завдовжки до 50 см, діаметром до 1 см, еластична. Заокруглений кінець трубки змащують вазеліном і плавним рухом вводять у пряму кишку на глибину до 25 см. Зовнішній кінець занурюють у судно для відходів газів і рідкого калу. Трубку залишають на 30 хв. Після видалення процедуру можна повторити через 2–3 год. [2].

Рекомендована література

1. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными / А.К. Джамбекова, В.Н. Шилов. – Эксмо. – 2008. – 288 с.
2. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – 240 с.

3. Гірудотерапія (лікування п'явками) [електроний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.firtka.if.ua/blog/view/girudoterapia-likuvanna-pavkami128366>

Контрольні запитання

1. Назвіть види компресів, розкрийте механізм їх лікувальної дії, наведіть показання і протипоказання до їх застосування.
2. Розкрийте механізм лікувальної дії грілки і показання до її застосування.
3. Розкрийте зміст поняття «гірудотерапія» і механізми її лікувальної дії.
4. Наведіть показання до застосування медичних п'явок та місця їх прикладання у кожному конкретному випадку.
5. Наведіть протипоказання до застосування медичних п'явок.
6. Назвіть види клізм, показання і протипоказання до їх застосування.
7. Розкрийте техніку постановки очисної клізми.
8. Обґрунтуйте показання для сифонної клізми, опишіть техніку її постановки.

Питання для самостійного опрацювання

1. Промивання шлунка, показання та методика проведення процедури.
2. Катетеризація сечового міхура та методика проведення процедури.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Тривалість перебування зігрівального компресу на шкірі не повинна перевищувати:
а) 2 год; б) 12 год; в) 24 год.
2. Оптимальна температура води для гарячого компресу повинна бути:
а) 37 – 40 ° С; б) 40 – 50 ° С; в) 50 – 60 ° С.
3. Показаннями для застосування грілки є все, окрім :
а) загального охолодження хворого; б) гіпертонічного кризу; в) сечокам'яної хвороби; г) хвороби Рейно.
4. Показаннями для призначення гірудотерапії є все, окрім:
а) тромбофлебіту; б) радикуліту; в) гемофілії; г) м'явоплинного ревматизму.
5. Для постановки очисної клізми хворого вкладають у положення:
а) на лівий бік із зігнутими і підтягнутими до живота ногами;
б) на правий бік із зігнутими і підтягнутими до живота ногами;
в) на лівий бік із випрямленими ногами;
г) на правий бік із випрямленими ногами.
6. На одну сифонну клізму використовують:
а) 10–12 л рідини; б) 100–200 мл рідини; в) 1–2 л рідини; г) 0,5–1 л рідини.

ЛЕКЦІЯ № 8

ДОГОСПІТАЛЬНА ДОПОМОГА У ВИПАДКАХ ПРЕТЕРМІНАЛЬНИХ І ТЕРМІНАЛЬНИХ СТАНІВ

ПЛАН

1. Загальні положення.
2. Долікарська допомога при претермінальних станах:
 - 2.1. Напад нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз.
 - 2.2. Напад бронхіальної астми, легенева кровотеча.
 - 2.3. Шлунково-кишкова кровотеча, печінкова або ниркова коліка.
 - 2.4. Анафілактичний шок, колапс.
 - 2.5. Гіпер- та гіпоглікемічна коми.
 - 2.6. Тепловий і сонячний удари.

1. Загальні положення

Усі працівники системи охорони здоров'я зобов'язані забезпечити безпечне середовище для надання допомоги пацієнтові. Усі вони мають вміти при потребі надавати пацієнтові першу долікарську допомогу у випадку екстреного стану [1, 2].

Реабілітолог повинен бути свідомим того, що при потребі під час перебування у клініці чи реабілітаційному центрі він зможе звернутися по допомогу до лікаря чи медсестри. Проте вдома в пацієнта, у школі, чи в тренувальному залі таку допомогу буде отримати важче, чи зовсім неможливо, або для її отримання потрібен буде більш тривалий час. У такому разі фахівець із реабілітації повинен мати навички надання невідкладної долікарської допомоги. Після прибуття швидкої медичної допомоги він повинен проінформувати медперсонал про стан пацієнта та про ті заходи, які були вжиті для надання йому першої допомоги [1].

2. Долікарська допомога при претермінальних станах

2.1. Напад нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз

Метою надання невідкладної долікарської допомоги при серцевому нападі, який виникає у момент загострення серцевої хвороби (напад нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарда, гіпертонічний криз), є підтримання діяльності серцево-судинної і дихальної систем на рівні, достатньому для підтримання життя, аж доки пацієнт не буде доставлений до медичного закладу [1, 2, 3].

Необхідні дії при нападі нестабільної стенокардії:

- викликати лікаря або кардіологічну бригаду, якщо це сталося за межами лікувального закладу;
- надати хворому горизонтального походження, створити йому повний спокій;
- дати хворому під язик нітрогліцерин;
- застосувати відволікаючі засоби: на ділянку серця покласти гірчичник, ліву руку опустити в гарячу воду;
- контролювати артеріальний тиск і пульс.

Необхідні дії при гострому інфаркті міокарда:

- викликати лікаря;
- покласти хворого на спину, забезпечити повний спокій, звільнити від одягу, що стискає;
- забезпечити доступ свіжого повітря;
- забезпечити подачу кисню через носовий катетер;
- застосувати відволікаючі засоби: грілки до ніг, гарячі ручні ванни, гірчичники на ділянку серця;
- дати нітрогліцерин під язик (повторити 2–3 рази);
- контролювати артеріальний тиск, пульс, частоту дихання;
- контролювати діурез та водний баланс;
- дотримуватися суворого ліжкового режиму.

Усі спеціалісти, які виконують свої професійні обов’язки в галузі охорони здоров’я, повинні бути готові до надання необхідної допомоги і проведення реанімаційних заходів [1].

Алгоритм проведення реанімаційних заходів [3]:

1. Перевірте стан пацієнта, обережно струшуючи його і запитуючи “Чи з Вами все в порядку?”, чи “Як Ви себе почуваєте?”.
2. Якщо пацієнт не відповідає, покладіть його горілиць на тверду поверхню. Відкрийте дихальні шляхи, відхиляючи голову назад, шляхом піднімання підборіддя і тиском донизу на лоб.
3. Перевірте дихання, спостерігаючи за рухом грудної клітки чи стінки черевної порожнини, прислухайтесь, чи чути звуки дихання і попробуйте відчутти подих, приставляючи свою щоку близько до рота пацієнта. Якщо немає жодної з цих ознак, слід починати застосовувати дихальну техніку.
4. Затисніть ніс пацієнта і поверніть голову назад, відкриваючи дихальні шляхи. Розташуйте свій рот над ротом пацієнта; здійсніть два глибокі дихальні рухи і тоді переходьте до оцінювання стану системи кровообігу. Дехто надає

перевагу прокладанню чистої тканини між своїми губами і губами пацієнта перед початком дихання рот-в-рот.

5. Спробуйте намацати пульс, якщо його немає, починайте техніку серцевої реанімації.

6. Щоб почати натискання на грудну клітку, станьте на коліна коло пацієнта, поставте долонну поверхню кисті на нижню частину грудини проксимально мечовидного відростка і поставте другу вашу руку поверх першої. Розташуйте свої плечі прямо над грудиною пацієнта, тримайте лікті в розігнутому стані і натискайте в напрямку донизу, намагаючись змістити грудину на 4–5 см за кожним натисканням. Відпочивайте після кожного натискання, але не знімайте рук із грудини. Тривалість фази натискання і відпочинку має бути однаковою. Це можна забезпечити рахуючи подумки.

7. Якщо ви проводите реанімаційні заходи самотійно, то повинні зробити 15 натискань, а тоді 2 дихальні рухи. Натискати слід у темпі 80–100 разів на хвилину. Продовжуйте ці заходи аж до прибуття кваліфікованої медичної допомоги або доки пацієнт не зможе дихати самотійно, і пульс не відновиться. Якщо вас двоє, другий, перш ніж допомагати вам, повинен викликати невідкладну допомогу. Здебільшого пацієнт потребуватиме госпіталізації і огляду лікарем [3].

Долікарська допомога при гіпертонічному кризі (алгоритм дій) [2, 3]:

- заспокоїти пацієнта, щоб він перестав панікувати;
- посадити пацієнта на стілець зі спинкою, диван, або положити його, поклавши під голову велику подушку;
- розстебнути комір;
- зробити контрольне вимірювання артеріального тиску, а потім через кожних 30 хвилин повторювати дію;
- викликати швидку медичну допомогу;
- дати випити ліки від підвищеного артеріального тиску, будь-який заспокійливий медикаментозний препарат;
- при сильному болю голови дати випити сечогінний медикаментозний препарат;
- при відчутті ознобу потрібно зігріти ноги, обгорнувши ковдрою.

2.2. Напад бронхіальної астми, легенева кровотеча

Для, того щоб надати ефективну допомогу людині при **нападі бронхіальної астми**, потрібно чітко уявляти, як проявляється цей напад. Починається все з сухого надривного кашлю і задишки. Зовні це нагадує спробу відкашлятися. Людина не може повністю видихнути, відчуває брак

повітря. Хрипи чути навіть на відстані. Під час нападу бронхіальної астми, людина приймає характерне положення тіла (ортопное): хворий сидить, опустивши ноги і вхопившись руками за стілець або ліжко – так їй легше видихнути повітря. Шкіра людини під час нападу набуває синюшного відтінку, спостерігається прискорене серцебиття (до 130 ударів за хвилину) [2, 3].

Яка перша допомога при нападі бронхіальної астми?

- дати хворому інгалятор з ліками і заспокоїти його;
- забезпечити максимальний приплив повітря (розкрити вікно в приміщенні, розстебнути хворому комір, зняти шарф і т.д.);
- звернутися за медичною допомогою [2, 3].

Що робити при нападі бронхіальної астми, якщо під рукою немає інгалятора? До приїзду «швидкої» треба полегшити стан хворого такими методами:

- опустить ноги хворого в таз з гарячою водою – пара і підвищена вологість допоможуть зняти напад сухого кашлю;
- допоможіть людині прийняти позу сидячи, злегка нахилившись вперед;
- дайте антигістамінний препарат (наприклад, супрастин, кларитин) [3].

Легенева кровотеча – стан, при якому кров (5–50 мл і більше) відкашлюється в чистому вигляді або з домішками слизу. Від кровохаркання, під час якого кров присутня в мокроті у вигляді невеликих згустків або прожилок, цей стан відрізняється тим, що кров виділяється одномоментно або з перервами у великих обсягах [3].

Симптоми:

- ✓ спочатку у хворого виникає нападоподібний сухий кашель, який починає супроводжуватися виділенням крові;
- ✓ кров виділяється з рота під час кашлю у вигляді червоних або темно-червоних згустків; кров може виділятися через ніс;
- ✓ почуття тривоги і страху;
- ✓ блідість шкірних покривів і слизових;
- ✓ запаморочення і слабкість через зниження артеріального тиску;
- ✓ холодний липкий піт;
- ✓ тахікардія;
- ✓ шум у вухах, блювота, судоми, задишка (при масивній кровотечі);
- ✓ асфіксія (у важких випадках) [3];

Невідкладна долікарська допомога [2, 3]

- заспокоїти хворого, надати йому зручного сидячого або напівлежачого положення (для поліпшення відхаркування крові з

дихальних шляхів) і забезпечити повний фізичний спокій (виключити будь-які рухи і спроби розмовляти);

➤ зняти одяг, що ускладнює дихання (розстебнути гудзики, зняти ремінь);

➤ забезпечити приплив свіжого повітря;

➤ виключити прийом рідин і їжі;

➤ прикласти міхур з льодом чи холодний компрес на грудну клітку;

➤ викликати швидку допомогу.

Не залишати людину без нагляду. Слід пам'ятати, що будь-які зігрівальні процедури при цьому стані протипоказані! [3].

2.3. Шлунково-кишкова кровотеча, печінкова або ниркова коліка

Шлунково-кишкова кровотеча:

а) скарги: загальна слабкість, запаморочення, шум у голові, нудота, блювання за типом “кавової гущі”, непритомність, що характерно для прихованого періоду.

б) анамнез захворювання: наявність больового або диспептичного синдромів у минулому, посилення болю за декілька днів або тижнів до кровотечі, зникнення його після появи кровотечі (симптом Бергмана), систематичне вживання питної соди, знеболювальних і спазмолітичних засобів; у минулому лікування з приводу гастриту, виразкової хвороби, новоутворень та ін.

в) об'єктивне обстеження: виражена блідість шкірних покривів, ціаноз губ, кінчиків пальців, можливі порушення зору, слуху, психічні розлади, блювотні маси у вигляді кавової гущі, випорожнення чорного кольору (мелена) [3].

Невідкладна допомога [2, 3]:

➤ викликати «швидку» допомогу;

➤ створити спокій (фізичний, психічний), повідомити лікаря;

➤ надати положення лежачи з піднятим ножним кінцем;

➤ заборонити пацієнту вживати їжу і воду;

➤ накласти міхур з льодом на живіт;

➤ стежити за загальним станом пацієнта, пульсом, артеріальним тиском.

Печінкова коліка: болі виникають у правому підребер'ї, часто іррадіюють у праве плече й підлопаткову ділянку і симптоматично проявляються сухістю в роті, нудотою, блювотою; високою температурою тіла [3].

Невідкладна допомога [2, 3]:

➤ викликати лікаря;

➤ надати хворому зручного положення;

- стежити за кольором шкіри, випорожнень, сечі (може бути механічна жовтяниця);
- категорично заборонено прикладати грілку до правого боку, це може “стерти” клінічну картину.

Ниркова коліка: сильні болі в животі і поперековій ділянці, які, зазвичай віддають у пах і статеві органи, супроводжуються болючими позивами на сечовипускання; відчуття неспокою і страху, хворий шукає зручне положення [3].

Невідкладна допомога при нирковій коліці [2, 3]:

- викликати лікаря;
- поставити тепло на поперек, або, якщо це можливо, помістити хворого в гарячу ванну;
- дати хворому випити 10–15 крапель цистеналу;
- контролювати водний баланс;
- стежити за сечею (гематурія).

2.4. Анафілактичний шок, колапс

Шок. Ознаками й симптомами шоку може бути бліда, вкрита потом, холодна шкіра; поверхневе й нерегулярне дихання; розширені зіниці; слабкий частий пульс; значне потіння; нудота і блювота; непритомність. Метою надання допомоги є визначення та зменшення або усунення причини виникнення шоку (якщо це можливо) та запобігання або зменшення фізіологічної реакції-відповіді на ці стани [3].

Невідкладна допомога у випадку шоку [2, 3].

1. Визначте причину шоку (наприклад, надмірна кровотеча, відповідь на перегрівання) і знайдіть можливість її усунення. Контролюйте артеріальний тиск і пульс пацієнта.

2. Покладіть пацієнта горілиць із головою трохи нижче, ніж нижні кінцівки. Якщо є рани грудної клітки чи голови або порушене дихання, можна покласти пацієнта в позу горілиць або так, щоб голова була трохи вище від рівня нижніх кінцівок. Якщо очевидною причиною шокового стану є кровотеча і місце поранення чітко видно, потрібно надати першу допомогу, як при кровотечі (чистим чи стерильним рушником або іншим об'єктом, що не вбирає вологи, міцно притисніть рану; підніміть, якщо можливо, місце рани вище від рівня серця, щоб зменшити приплив крові до місця поранення; пацієнт повинен лежати нерухомо, щоб зменшити швидкість кровообігу; якщо є можливість – рану можна промити антисептиком; при артеріальній кровотечі треба перетиснути артерію вище від рівня поранення, а при венозній – нижче від рівня поранення не більше, ніж на 2 години).

3. Поліпшити стан пацієнта може холодний компрес на лоб, тулуб бажано вкрити покривалом, щоб запобігти втраті тепла.

4. Пацієнт повинен лежати спокійно і не напружуватися.

5. Після того, як симптоми вкажуть на полегшення, поступово переведіть пацієнта в позу стоячи та спостерігайте, чи не буде поліпшення його стану.

Колапс. У числі актуальних для цього стану симптомів виділяють такі:

- різке погіршення самопочуття;
- поява шуму у вухах, слабкість, головний біль;
- потемніння в очах;
- поверхневе і часте дихання;
- потьмянів погляд;
- холодна, волога, бліда шкіра;
- слабкий пульс [3].

Невідкладна допомога при колапсі [2, 3].

1. Викликати швидку допомогу.

2. Хворого необхідно покласти на спину, на тверду поверхню, піднявши ноги – це забезпечить приплив крові до серця і мозку.

3. Забезпечити надходження в приміщення свіжого повітря (відчинити вікна, хворого при цьому необхідно зігріти).

4. Послабити/розстебнути одяг, який сковує дихання.

5. За наявності під рукою нашатирного спирту, слід дати хворому його понюхати. За відсутності препарату потрібно розтерти скроні, ямку, розташовану над верхньою губою, і мочки вух.

6. У разі виникнення колапсу внаслідок крововтрати з наявністю зовнішньої рани, перша допомога передбачає необхідність зупинки кровотечі.

Ортостатична гіпотензія – це запаморочення при вставанні, яке може перерости у втрату свідомості. Найчастіше такий стан трапляється тоді, коли особа пробує швидко перейти з положення лежачи чи сидячи у положення стоячи. Найбільш схильні до проявів такого стану пацієнти похилого віку; ті, що вживають антигіпертензивні препарати; у яких зменшена здатність повертати венозну кров з периферії до серця (наприклад, особи з травмою спинного мозку та особи, які тривалий час перебували в положенні лежачи). Зменшений приплив венозної крові з нижніх кінцівок зумовлює зменшення наповнення кров'ю серця, що призводить до зменшення ударного об'єму крові і зменшення її припливу до мозку [3].

Перші заходи з подолання цієї проблеми такі ж, як при шоківому стані. Деякі з можливих запобіжних заходів – заохочувати пацієнта, доки він перебуває у положенні лежачи, до частого виконання згинання-розгинання стопи (“щиколотковий насос”) та згинання ноги в кульшовому суглобі, щоб коліно

підтягувалося ближче до грудної клітки; здійснювати перехід у положення стоячи, поступово піднімаючи голову з подушки через кілька проміжних стадій [3].

2.5. Гіпер- та гіпоглікемічна коми

Гіпер- та гіпоглікемічна коми – це претермінальні стани, які можуть виникнути при прогресуванні цукрового діабету. Метою надання невідкладної допомоги при інсулінозалежних станах є повернути людину до нормального співвідношення глюкоза – інсулін і усунути причину виникнення цього стану. Важливо вміти розрізнити симптоми гіпоглікемії (гіперінсулінемії) і гіперглікемії (ацидозу) [3].

Гіпоглікемічна кома може виникнути в осіб, хворих на цукровий діабет, у разі різкого зниження вмісту цукру в крові, зумовленого передозуванням інсуліну, в стані голоду або внаслідок неадекватних метаболічному стану хворого інтенсивних фізичних навантажень. Перед розвитком гіпоглікемічної коми людина відчуває голод, біль голови, тремтіння і різку слабкість [3].

Гіперглікемічна кома розвивається внаслідок недостатньої кількості інсуліну в крові, вживання надмірної кількості солодкої їжі і занадто малої фізичної активності стосовно метаболічного стану. За таких умов у крові різко підвищується рівень цукру [3].

Таблиця 8

Ознаки і симптоми інсулінозалежних станів [3]

Ознаки і симптоми	Гіпоглікемія	Гіперглікемія (ацидоз)
Початок	Раптовий	Поступовий
Шкіра	Червона, волога	Бліда, суха
Поведінка	Збуджена, схвильована	Сонний
Запах при диханні	Нормальний	Запах ацетону
Дихання	Нормальне, поверхнєве	Глибоке, утруднене
Блювання	Немає	Є
Язик	Мокрий	Сухий
Голод	Є	Немає
Спрага	Немає	Є
Глюкоза в сечі	Немає або незначна кількість	Велика кількість

Долікарська допомога при гіпоглікемічній комі [2, 3]:

- викликати лікаря;
- за умови збереження свідомості дати пацієнту легкозасвоювані вуглеводи, напоїти солодким чаєм, дати чайну ложечку цукру, меду, варення, цукерку, солодке печиво, білий хліб;
- навчити пацієнта самодопомоги у випадку перших ознак гіпоглікемії;
- контролювати правильність введення пацієнтом інсуліну.

Долікарська допомога при гіперглікемічній комі [2, 3]:

- викликати лікаря;
- надати хворому горизонтального положення, голову повернути на бік;
- стежити за прохідністю дихальних шляхів після блювання, зняти знімні зубні протези, якщо вони є;
- контролювати артеріальний тиск;
- якщо є можливість, визначити рівень цукру в сечі з допомогою глюкотесту.

У разі гіпоглікемічної коми потрібно негайно ввести 40–60 мл 40 % розчину глюкози, хворим з гіперглікемічною комою внутрішньовенно – 6–12 одиниць інсуліну, а потім по 8 одиниць кожні дві години під контролем глікемії, аж до нормалізації концентрації глюкози у крові.

У випадку непритомності хворого, його потрібно негайно покласти горизонтально, трохи опустивши голову і піднявши ноги. Для полегшення дихання слід розслабити комір, ремінь, забезпечити доступ свіжого повітря. Можна обприскати обличчя холодною водою, дати понюхати нашатирний спирт. У важких випадках вводять серцеві засоби, налагоджують дихання киснем.

2.6. Тепловий і сонячний удари

Мета надання невідкладної допомоги при перегріванні – усунути чи зменшити вплив причини перегрівання та повернути особу до стану нормального гомеостазу. Двома формами перегрівання є **сонячний удар і тепловий удар**. З них перший становить меншу загрозу для життя, а тепловий удар може бути життєво небезпечним. Причиною обох станів може бути гаряче й вологе навколишнє середовище; значна фізична активність; дегідратація та вичерпання запасів електролітів в організмі. Тепловий удар може настати після сонячного удару, якщо пацієнтові не надали потрібної допомоги [3].

Долікарська допомога при сонячному ударі [2, 3].

1. Надавайте допомогу пацієнтові таку, як при шоківій реакції, покладіть його у приміщенні з доброю вентиляцією і зніміть з нього верхній одяг.

2. Якщо пацієнт притомний, дайте йому напитися води.

3. Можна тимчасово накласти еластичний бандаж на нижні кінцівки, щоб збільшити приплив венозної крові до серця.

4. Покладіть холодний компрес чи мішечок із льодом на лоб і шию та охолоджуйте тулуб за допомогою руху повітря.

5. Спостерігайте, чи не виявляться симптоми теплового удару, і пильнуйте, щоб пацієнт був у спокої, аж доки не відновиться нормальний гомеостаз.

Долікарська допомога при тепловому ударі [2, 3].

1. Швидко охолодіть людину за допомогою великих **об'ємів холодної води, помістіть** пацієнта у ванну з холодною водою або обмотайте його мокрим холодним рушником.

2. Зніміть із пацієнта верхній одяг (якщо час дозволяє) та розташуйте його в напівсидячому положенні. Не кладіть людину горілиць.

3. Зверніться за невідкладною медичною допомогою і негайно відтранспортуйте людину до лікарні.

Таблиця 9

Ознаки і симптоми перегрівання [3]

Ознаки і симптоми	Сонячний удар	Тепловий удар
Шкіра	Рясне потіння	Суха; немає поту
Нудота	Є	Є
Біль голови	Є	Є
Дихання	Поверхнєве, часте	Утруднене
Пульс	Слабкий, частий	Сильний, частий
Колір шкіри	Блідий	Гарячковий рум'янець або сіра
Температура	Нормальна або трохи підвищена	Дуже підвищена
Поведінка	Виснаження, знесилення	Виснаження, знесилення, конвульсії
Притомність	Непритомний	Непритомний
Очі	Нормальні зіниці	Зіниці звужуються, тоді розширюються

Рекомендована література

1. Вовканич А.С. Вступ до фізичної реабілітації : навчальний посібник / А.С. Вовканич. – Львів : ЛДУФК, 2013. – 184 с.
2. Назар П.С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації : навчальний посібник / П.С. Назар, Л.Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2006. – 240 с.
3. Невідкладна допомога при легеневій кровотечі [електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://umec.com.ua/nevidkladna-dopomoga-pry-legenevij-krovotechy-symptomu-yak-zupynyty/>

Контрольні запитання

1. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при серцевому нападі.
2. Сформулюйте алгоритм долікарської допомоги при гіпертонічному кризі.
3. Сформулюйте мету і спосіб надання долікарської допомоги при нападі бронхіальної астми.
4. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при легеневій кровотечі.
5. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при шлунково-кишковій кровотечі, печінковій та нирковій коліках.
6. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при шоккових станах.
7. Сформулюйте мету і спосіб надання першої допомоги при колапсі чи ортостатичній гіпотензії.
8. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при інсулінозалежних станах.
9. Вкажіть мету і спосіб надання першої допомоги при перегріванні.

Питання для самостійного опрацювання

1. Найпростіші реанімаційні заходи при термінальних станах:
 - 1.1. штучна вентиляція легень;
 - 1.2. непрямий масаж серця.

Тестові завдання для самоконтролю

1. Якщо реанімаційні заходи проводить один медичний працівник, то потрібно зробити:
 - а) 15 натискань на грудну клітку, а тоді 2 дихальні рухи;
 - б) 5 натискань на грудну клітку, а тоді 1 дихальний рух;
 - в) 25 натискань на грудну клітку, а тоді 2 дихальні рухи;
 - г) 20 натискань на грудну клітку, а тоді 1 дихальний рух.

2. Невідкладна допомога при шлунково-кишковій кровотечі передбачає використання всіх заходів, окрім:

- а) накласти теплу грілку на живіт;
- б) викликати «швидку» допомогу;
- в) створити спокій (фізичний, психічний), повідомити лікаря;
- г) надати положення лежачи з піднятим ніжним кінцем;
- д) заборонити пацієнту вживати їжу і воду;
- е) накласти міхур з льодом на живіт.

3. Стан, при якому кров (5–50 мл і більше) відкашлюється в чистому вигляді або з домішками слизу називається:

- а) шлунково-кишкова кровотеча;
- б) легенева кровотеча;
- в) кровохаркання.

4. Сильні болі в животі і поперековій ділянці які, зазвичай віддають у пах і статеві органи, супроводжуються болючими позивами на сечовипускання характерні для:

а) печінкової коліки; б) радикуліту; в) гострого пієлонефриту; г) ниркової коліки.

5. Стан глибокого ураження центральної нервової системи, що характеризується непритомністю, відсутністю реакцій на зовнішні подразники і розладом регуляції життєво важливих функцій організму називається:

- а) колапс; б) шок; в) кома; в) непритомність.

6. Долікарська допомога при гіпоглікемії передбачає:

- а) дати хворому підсолений розчин води;
- б) термінове внутрішньом'язове введення інсуліну;
- в) дати хворому солодкий чай, цукерки.

ВІДПОВІДІ ДО ТЕСТІВ

Тема № 1. Правила транспортування хворих

1	2	3	4	5	6
а	б	г	а	в	а

Тема № 2. Правила підтримування, переміщення та розміщення пацієнтів

1	2	3	4	5	6
б	в	б	б	в	в

Тема № 3. Спостереження за змінами у функціонуванні органів і систем організму хворої людини у зіставленні з клінічним перебігом захворювання

1	2	3	4	5	6
в	б	б	а	г	в

Тема № 4. Загальний догляд за соматичними хворими

1	2	3	4	5	6
а	в	в	г	в	а

Тема № 5. Основи спеціального догляду за хворими після інсульту

1	2	3	4	5	6
в	в	г	а	г	г

Тема № 6. Догляд за хворими з дисфункцією тазових органів

1	2	3	4	5	6
б	в	г	в	в	б

Тема № 7. Види простих лікувальних маніпуляцій та їх виконання

1	2	3	4	5	6
б	в	б	в	а	а

Тема № 8. Догоспітальна допомога у випадках претермінальних і термінальних станів

1	2	3	4	5	6
а	а	б	г	в	в

ДОДАТОК 1

ОЦІНКА ПОВОДЖЕННЯ З ПАЦІЄНТОМ ПРИ ПЕРЕМІЩЕННІ [2]

П.І.П пацієнта: _____

Адрес: _____

Дата народження: / ____/19____ р. Вага: _____ кг. Ріст: см.

	ТАК	НІ	Час
Можливість співробітництва			
Можливість перенесення ваги тіла			
Можливість використання сили рук			
Рекомендоване до використання обладнання			
Підйомник			
Скользячі простирадла (рукави)			
Лямка ручна			
Дошка для пересаджування			
Ремінь поясний			

Дата оцінки: «» _____ 200 _ р.

Тип підйомника	Розмір гамачка	Пристосування для

Дата повторної оцінки поведінки з пацієнтом при переміщенні: «» 20 р.

Підпис :

	Незалежно	Під наглядом	З допомогою людини	З допомогою 2 людей	Допоміжне обладнання
В ліжку повороти					
В ліжку до узголів'я					
Сісти					
В ліжку/ з ліжка					
Встати					
Ходьба					
Туалет вдень					
Туалет вночі					
Особиста гігієна					

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

астереогноз	67	зондове харчування	62
афазія	67	клізма	89
біомеханіка	19	колапс	101
брадикардія	47	компреси	89
відлежнини	56	контрактура	71
диспноє	44	крісло-каталка	5
дисфагія	61	ноші	5
дисфункція тазових органів	80	ортотноє	45
детрузор	80	ортостатична гіпотензія	108
дегідратація	84	положення Фаулера	33
ергономіка	19	положення Сімса	35
експіраторна задишка	44	тахікардія	47
емболія	71	транспортування хворих	7
інсульт	66	функціональні ліжка	12
інспіраторна задишка	44	частота дихання	43
закреп	81	шок	101

Навчальне видання

НАТАЛІЯ ЗАКАЛЯК

ОКСАНА ФІГУРА

ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З ЕЛЕМЕНТАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ТЕКСТИ ЛЕКЦІЙ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Головний редактор

Ірина Невмержицька

Технічний редактор

Світлана Бецко

Коректор

Оксана Бульбах

Здано до набору 01.07.2019 р. Підписано до друку 08.07.2019 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Гарнітура Times. Наклад 100
прим. Умов. друк. арк. 6,37. Зам 98.

Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. (Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 2155 від 01. 07. 2016 р.) 82100, Дрогобич, вул. І. Франка, 24, к.42.