

МОЗ УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

«Клінічне медсестринство. Практична підготовка»
для здобувачів I (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності
I5 Медсестринство
галузі знань I Охорона здоров'я і соціальний захист

УДК: 616-083(075.8)

К74

Навчальний посібник «Клінічне медсестринство. Практична підготовка»
для здобувачів І (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності І5 Медсестринство
галузі знань І Охорона здоров'я і соціальний захист

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ:

Бульбук О., Глов'як В., Гвоздецька Г., Середюк Н., Вакалюк І., Капечук В., Жукуляк О., Грушецька А., Ган Р., Пиптюк О., Павляк А., Колосовський С., Александрук О., Николайчук Х., Оріщак Д., Тилищак З., Мізюк Т., Бойчук О., Лесів М., Кощинець О., Казімирчук І., Павликівська Б., Терешкун Н., Пустовойт М., Ромаш І., Петришин С., Ананевич І., Гаман І., Крижанівська А., Кочерга З., Сулима В., Біцька І., Телемуха С., Аврамченко У., Остафійчук С.

Затверджено рішенням Вченої Ради Івано-Франківського національного медичного університету (протокол №4 від 25 березня 2025 року).

Затверджено на Центральній методичній раді Івано-Франківського національного медичного університету (протокол №4 від 05 березня 2025 року).

Затверджено на цикловій методичній комісії ОПП першого (бакалаврського) рівня вищої освіти зі спеціальності 223 Медсестринство (протокол №4 від 23 січня 2025 року).

Рецензенти:

Кандидат наук з державного управління, доцент, Заслужений працівник освіти України, викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач-методист – **Наталія ДУБ** - декан факультету 2 КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

Магістр медсестринства - **Наталія РУЖИЛО** - заступник медичного директора із медсестринства КНП «Обласна клінічна лікарня ІФ ОР»

Навчальний посібник «Клінічне медсестринство. Практична підготовка» для здобувачів І (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності І5 Медсестринство галузі знань І Охорона здоров'я і соціальний захист// Ред. Бульбук О., Глов'як В., Гвоздецька Г., та ін. – навчальний посібник для спеціальності І5 Медсестринство – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2025 – 469 с.

ЗМІСТ

1.	Вступ.....	3
2.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Внутрішній медицині».....	5
3.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Хірургії».....	45
4.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Акушерстві та гінекології».....	85
5.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Педіатрії».....	129
6.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Геронтології, геріатрії та паліативній медицині».....	164
7.	Алгоритми виконання практичних навиків із дисципліни «Медсестринство у Неврології».....	188
8.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Офтальмології».....	209
9.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Дерматології та венерології».....	229
10.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у стоматології».....	262
11.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Інфектології».....	284
12.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Реаніматології та анестезіології».....	322
13.	Алгоритми виконання практичних навиків із дисципліни «Медсестринство у Онкології».....	408
14.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Психіатрії».....	414
15.	Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у Оториноларингології».....	444
16.	Література.....	467

ВСТУП

В умовах сьогодення, враховуючи реформування медичної галузі в цілому та медсестринства зокрема, реалізація принципів стратегії розвитку медсестринства в Україні та воєнний стан вимагають від медичної освіти фахівця, який за рівнем теоретичних знань і практичних умінь відповідає міжнародним стандартам. Враховуючи ці виклики, слід відзначити, що сучасна підготовка фахівців галузі медсестринства, в тому числі бакалаврів, має забезпечити потреби системи охорони здоров'я у висококваліфікованих, конкурентноспроможних спеціалістах та враховувати попит ринку праці. Відповідно, професійне становлення можливе не тільки за умов наявності глибоких теоретичних знань, а й необхідне ґрунтовне засвоєння та володіння практичними навичками та вміннями. Згідно вимог сучасності, кількість практичних навичок і вмінь, якими повинні володіти медичні сестри та брати, стрімко зростає, а при здійсненні освітнього процесу для відпрацювання практичних навичок не завжди є можливим забезпечити студентів тематичними пацієнтами. Сучасна модель фахівця передбачає довести відповідність професійних навичок і вмінь до професійної кваліфікаційної характеристики та вимог ОПП. Тому пошук нових підходів в оптимізації засвоєння практичних навичок та вмінь здобувачем є особливо актуальним на сучасному етапі.

I. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Основи медсестринства»

1. Проведення ЕКГ-дослідження

Оснащення: Електрокардіограф, медична документація

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: контроль загального стану пацієнтів, виявлення порушень в діяльності серцево-судинної системи

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Здійснити гігієнічну обробку рук. ЕКГ записують після 10-15 хвилинного відпочинку і не раніше, ніж через 2 години після їжі. Запис проводять в положенні хворого лежачи. Звільнити від одягу зап'ястя, гомілки, передню поверхню грудної клітки.	ЕКГ проводять при спокійному диханні пацієнта.
Основний етап	1. Накласти електроди на кінцівки: а) червоний – права рука; б) жовтий - ліва рука; в) зелений – ліва нога; г) чорний – права нога. 2. Шкіру під електродами знежирити спиртом, накласти прокладки, змочені водою або 10% розчином натрію хлориду, а при значному волосяному покриві рекомендується зволожити шкіру мильним розчином. 3. Записують ЕКГ в стандартних відведеннях I, II, III, в підсилених однополюсних відведеннях від кінцівок: aVR, aVL, aVF і у грудних відведеннях : V1 – IV міжреберний проміжок праворуч від груднини; V2 – IV міжреберний проміжок ліворуч від груднини; V3 – середина лінії, що з'єднує V2 і V4; V4 – V міжребровий проміжок по лівій середньоключичній лінії; V5 – по лівій передньопідпахвовій лінії, на горизонтальному рівні V4; V6 – по лівій середньопідпахвовій лінії на горизонтальному рівні V4 – V5. увімкнути живлення; записати контрольний мілівольт; записати послідовно 12 відведень I, II, III – головні відведення aVR, aVL, aVF – посилені однополюсні відведення; V1 – V6 грудні відведення: записати контрольний мілівольт; знеструмити апарат, зняти електроди; підписати електрокардіограму	У кожному відведенні записують не менш 4 комплексів. Кожна ЕКГ містить зубці P, Q, R, S, T; комплекси (QRS і QRST) ; інтервали P-Q, S-T. Зубці P, R, T спрямовані до гори (позитивні), Q, S- негативні, спрямовані вниз. Тривалість зубця P-0,06 - 0,10 с, висота 1,5- 2,5мм.; Тривалість зубця Q- 0,03с, глибина не більше 25% від зубця R; Тривалість зубця S- 0,04 с Тривалість зубця T- 0,16 - 0,24с, а висота до 3мм, а у грудних відведеннях до 15-17мм; Інтервал P-Q - 0,12- 0,20 с; Тривалість QRS-0,06 - 0,10 с.

		
Завершальний етап	1. По закінченню запису ЕКГ зазначають П.І.Б, вік, дату, час обстеження. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію 2. Електроди протерти серветкою, змоченою 70% розчином етилового спирту. 3. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується документування процедури

2. Вимірювання артеріального тиску.

Оснащення: Тонometr, фонендоскоп, температурний лист/інша медична документація.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: контроль загального стану пацієнтів, виявлення порушень в діяльності серцево-судинної системи

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту мету та хід процедури 2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури 3. Здійснити гігієнічну обробку рук. 4. Підготувати необхідне оснащення (мембрана фонендоскопа протерта спиртом)	1. Дотримується право пацієнта на інформацію 2. Дотримуються права пацієнта Дотримуються інфекц. безпека 3. Забезпечується можливість проведення процедури
Основний етап	1. Випустити повітря з манжетки зі швидкістю 2 мм рт.ст. за 1 с, повернувши вентиль. Одночасно фонендоскопом вислуховувати тони на плечовій артерії і слідкувати за показниками шкали манометра 2. У момент виникнення над плечовою артерією перших звуків (тони Короткова) запам'ятати цифри на шкалі, що відповідають систолічному тиску 3. Продовжуючи випускати повітря, зафіксувати цифри на шкалі у момент послаблення або повного зникнення тонів Короткова 4. Оцінити результат, враховуючи величину окружності плеча. При вимірюванні на худорлявій руці АТ буде нижчим, на повній - вищим від дійсного. Значення систолічного АТ не потребує корекції при окружності плеча близько 30 см. При величині окружності плеча	Забезпечується правильність виконання процедури

	15-30 см рекомендується до показника систолічного тиску додати 15 мм рт.ст., при окружності 45-50 см - відняти від отриманого результату 25 мм рт.ст. При необхідності повторити п. 5-9 ще 2 рази з інтервалом у 2-3 хв на 2-х руках 	
Завершальний етап	1. Дані вимірювання округлити до 0 або записати у вигляді дробу (в числівнику систолічний тиск, у знаменнику - діастолічний), наприклад 120/75 мм рт.ст. 2. Повідомити пацієнту результати вимірювання 3. Протерти мембрану фонендоскопа спиртом 4. Здійснити гігієнічну обробку рук. 5. Задокументувати дані дослідження у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується інформування пацієнта результатами обстеження. Забезпечується документування процедури

3. Підрахунок пульсу на променевій артерії.

Оснащення:годинник, медична документація

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: контроль загального стану пацієнтів, виявлення порушень в діяльності серцево-судинної системи

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Підготувати годинник чи секундомір, температурний лист/інша медична документація, ручка. 2.Пояснити пацієнту сутність і хід процедури 3.Отримати згоду пацієнта на проведення процедури 4. Здійснити гігієнічну обробку рук.	1.Дотримується право пацієнта на інформацію 2.Дотримуються права пацієнта Дотримуються інфекц. безпека 3.Забезпечується можливість проведення процедури
Основний етап	1.Під час процедури пацієнт може сидіти (запропонувати розслабити руку, при цьому кисть та передпліччя не повинні висіти) або лежати (рука також розслаблена).	Записати результати обстеження в температурний лист (форма 004/о) або

	2.Притиснути II, III, IV пальцями променевої артерії на обох руках пацієнта (I палець повинен розміщуватися з тильного боку кисті) і відчувати пульсування артерії 3.Взяти годинник або секундомір і дослідити пульсування артерії протягом 30 с. Помножити на 2 (якщо пульс ритмічний). Якщо пульс не ритмічний, рахувати протягом 1 хв. 4.Притиснути артерію сильніше, ніж раніше, до променевої кістки і визначити напруження пульсу (якщо пульсування зникне при помірному натисканні - напруження добре; якщо пульсування не слабне - пульс напружений, якщо пульсування зникло - напруження слабке) 5.Не знімаючи пальців з артерії припинити тиск і визначити, як швидко з'явиться пульсація: а) при хорошому наповненні пульсація відчувається зразу; б) при слабкому наповненні – через деякий час; в) при якщо цьому пульсація дуже слабка – пульс ниткоподібний	іншу медичну документацію
		
Завершальний етап	1.Повідомити пацієнту результат дослідження 2. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інформування пацієнта результатами дослідження

4. Проведення пікфлоуметрії

Оснащення: пікфлоуметр, медична документація

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: оцінка вираженості бронхіальної обструкції

Протипоказання: відсутність свідомості, важкий стан пацієнта

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Пояснити пацієнтові суть маніпуляції: моніторування пікової швидкості видиху (ПШВ), яка вимірюється у літрах на секунду	1.Забезпечується інформування пацієнта про суть маніпуляції

	або на хвилину, для оцінки ступеня обструкції дихальних шляхів. 2.Пацієнта необхідно проінструктувати про те, для чого необхідний моніторинг його стану при бронхіальній астмі (БА) і хронічному обструктивному бронхіті (ХОБ) і як потрібно користуватися пікфлоуметром. 3. Здійснити гігієнічну обробку рук.	
	Основні завдання моніторингу ПШВ: 1. Планування лікування бронхіальної астми. 2. Оцінка ефективності лікування бронходилататорами та інгаляційними глюкокортикоїдами. 3. Прогнозування загострень бронхіальної астми. 4. Визначення зворотності бронхіальної обструкції. Прогнозування загострень бронхіальної астми. 5. Ідентифікація механізмів, що провокують бронхоспазм.	Визначення показань до проведення маніпуляції
Основний етап	1. Пацієнт насамперед перевіряє, чи показник приладу стоїть на відмітці «0». 2.Пацієнт бере апарат так, щоб пальці не торкались шкали та пазу, і тримає його горизонтально. 3. Всі виміри проводяться в одному положенні тіла – краще стоячи, але можна сидячи і лежачи. На початку треба дихати спокійно та рівно. 4.Треба зробити максимально глибокий вдих, взяти мундштук приладу до рота, щільно обхопити його губами і швидко видихнути у пристрій, не перекриваючи отвору мундштука язиком. 5.Показник ПШВ (л/хв, ум.од.) реєструється шкалою пікфлоуметра. ПОШ вимірюється пацієнтом самостійно вранці (відразу ж після сну або коли він прокидається внаслідок нападу ядухи) і ввечері перед сном. 6.Отримані значення ПШВ заносяться у спеціальний індивідуальний щоденник спостереження, який додається до кожного пікфлоуметра. 7.Визначені таким чином дані заносяться у щоденник та на графік у вигляді точок, які в подальшому з'єднуються лініями.	1.Забезпечується інфекційна безпека, підтримання гігієни 2.Параметр залежить від власних зусиль пацієнта. Тому хворого потрібно чітко проінструктувати про те, як належить виконувати маневр форсованого видиху.
	8. Графік змін ПШВ слід оцінювати за кількома параметрами: візуально – за формою графіку, кількісно – за максимальним значенням ПШВ і добовими коливаннями ПШВ.	Забезпечується інфекційна безпека

9. За норматив ПШВ прийнято брати середнє найкраще для даного хворого значення, яке визначається у нього в період ремісії, в період найкращого стабільного самопочуття. Є рекомендації використовувати нормативні значення ПШВ, що розраховуються відповідно зросту, віку та статі.



Нижні межі нормальних значень
пікової швидкості видиху (ПШВ) (л/хв) для чоловіків.

Ріст (см)	5	8	11	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
100	24	24	24															
105	51	51	51															
110	77	77	77															
115	104	104	104															
120	130	130	130															
125	156	156	156															
130	183	183	183															
135	209	209	209															
140	236	236	236	414	456	481	494	499	497	491	480	467	452	436	418	400	381	362
145	262	262	262	423	466	491	504	509	508	501	491	477	462	445	427	408	389	370
150	289	289	289	432	475	501	514	519	518	511	500	487	471	454	436	417	397	378
155	315	315	315	440	484	510	524	529	527	520	510	496	480	463	444	425	405	385
160	342	342	342	448	492	519	533	538	536	530	519	505	489	471	452	432	412	392
165	368	368	368	456	500	527	542	547	545	538	527	513	497	479	460	440	419	399
170	394	394	394	463	508	535	550	555	554	546	535	521	504	486	467	447	426	405
175	421	421	421	469	515	543	558	563	561	554	543	528	512	493	474	453	432	411
180				476	522	551	566	571	569	562	550	536	519	500	480	459	438	417
185				482	529	558	573	578	576	569	557	543	525	506	486	465	444	422
190				488	536	564	580	585	583	576	564	549	532	513	492	471	450	428

Значення ПШВ у дітей до 11 років

Завершальний етап

Протерти пікфлоурометр серветкою, змоченою 70% розчином етилового спирту.

Забезпечується інфекційна безпека

Здійснити гігієнічну обробку рук.

Забезпечується інфекційна безпека

5. Забір сечі на загальний аналіз.

Оснащення: одноразовий контейнер для сечі, етикетка-направлення.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: захворювання органів сечо-статевої системи

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати посудини Написати направлення. Етикетки наклеїти на посудини Пояснити пацієнту хід процедури. Одержати згоду на її проведення Перед спорожненням сечового міхура провести старанний туалет статевих органів і ділянки зовнішнього отвору сечівника	1. Забезпечення вірогідності даних про пацієнта 2. Дотримується право пацієнта на інформацію Запобігання потраплянню патологічної мікрофлори в сечу

Основний етап	Пояснити пацієнтові порядок збирання сечі (випустити незначну кількість сечі в унітаз, наступні 100-200 мл сечі – в одноразовий (контейнер), останню порцію - в унітаз). Вранці зібрати в посудину середню порцію сечі. Посуд з сечею щільно закрити. 	Забезпечується правильність виконання процедури
Завершальний етап	Посуд з біологічним матеріалом протягом 1 години повинен бути доставлений до лабораторії з направленням.	1.Забезпечення вірогідності даних про пацієнта 2.Забезпечення вірогідності результатів дослідження

6. Забір сечі за Зимницьким

Оснащення: одноразові стерильні контейнери для аналізів, які можна придбати в аптеці., етикетка-направлення.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: захворювання органів сечо-статевої системи

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Напередодні повідомте пацієнту про необхідність дотримуватися звичайного режиму харчування та пиття. 2.Підготуйте 8 контейнерів для сечі, кожен з яких має бути підписаний (вказати прізвище пацієнта, дату, номер порції або час збору). (I-VIII): I – 6⁰⁰ – 9⁰⁰ II – 9⁰⁰ – 12⁰⁰ III – 12⁰⁰ – 15⁰⁰ IV – 15⁰⁰ – 18⁰⁰ V – 18⁰⁰ – 21⁰⁰ VI – 21⁰⁰ – 24⁰⁰ VII – 24⁰⁰ – 3⁰⁰ VIII – 3⁰⁰ – 6⁰⁰ 2.Етикетки приклеїти на посудини	1.Запобігання можливості помилок при збиранні окремих порцій I – IV порції – денний діурез. V – VIII порції – нічний діурез. Забезпечення вірогідності даних про пацієнта
Основний етап	1. Пацієнт має спорожнити сечовий міхур о 6:00 ранку (цю порцію не збирають). Починаючи з 9:00, кожен порцію сечі збирають у відповідний контейнер.	Запобігання можливості помилок.

	2.Протягом доби пацієнт збирає сечу у посудини з відповідним номером порції кожні 3 год. 3.Якщо пацієнту не вистачає об'єму однієї посудини, то потрібно видати йому додаткову із зазначенням на ній прізвища і номера порції. за відсутності сечі протягом трьох годин сечу збирають у наступну посудину. 4.Порожні посудини теж відправляють до лабораторії 	Нічна сеча не враховується в добовій діурез. Визначення густини і кількості сечі в кожній порції, співвідношення денного і нічного діурезу, коливання густини
Кінцевий етап	Усі порції сечі разом транспортують до лаб. з направленням. Посудини мають бути закриті.	Забезпечення вірогідності даних про пацієнта Забезпечення вірогідності результатів дослідження

7. Забір сечі за Нечипоренком.

Оснащення.: одноразовий пластиковий контейнер із герметичною кришкою, який можна придбати в аптеці. , етикетка-направлення.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: захворювання органів сечо-статевої системи

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати посудини Написати направлення. Етикетки наклеїти на посудини Пояснити пацієнту хід процедури. Одержати згоду на її проведення Перед спорожненням сечового міхура провести старанний туалет статевих органів і ділянки зовнішнього отвору сечівника	Забезпечення вірогідності даних про пацієнта Дотримується право пацієнта на інформацію Запобігання потраплянню патологічної мікрофлори в сечу
Основний етап	Зібрати в посудину середню порцію сечі. Пояснити пацієнтові порядок збирання сечі (випустити незначну кількість сечі в унітаз, наступні 100 мл сечі - в банку (контейнер), останню порцію - в унітаз)	Визначення кількості формених елементів в 1 мл сечі

		
Завершальний етап	Відправити до лабораторії з направленням негайно	Забезпечення вірогідності даних про пацієнта Забезпечення вірогідності результатів дослідження

8. Визначення добового діурезу, водного балансу. Оцінка та реєстрація результатів.

Оснащення: градуйована ємкість, температурний листок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: визначення добового діурезу, водного балансу.

Протипоказання: відсутність свідомості, важкий стан пацієнта

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати посудини Написати направлення. Етикетки наклеїти на посудини Пояснити пацієнту хід процедури. Одержати згоду на її проведення. Перед спорожненням сечового міхура провести старанний туалет статевих органів і ділянки зовнішнього отвору сечівника	Забезпечення вірогідності даних про пацієнта Дотримується право пацієнта на інформацію Запобігання потраплянню патологічної мікрофлори в сечу
Основний етап	1. Сечу, виділену хворим о 6-й годині ранку, вилийте в унітаз (вона не враховується). 2. Визначте кількість виділеної протягом доби сечі (до 6-ї години ранку наступного дня). 3. Протягом доби фіксуйте кількість випитої рідини (включаючи овочі та фрукти) і кількість уведених парентеральне розчинів. 4. Дані, отримані при визначенні добового діурезу та водного балансу, запишіть у температурний листок. 5. Добовий діурез повинен складати не менше як 70 — 80 % від усієї отриманої хворим за добу рідини.	Забезпечується послідовність виконання процедури

		
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане оснащення. Провести гігієнічну обробку рук. Зробіть позначку в листку обстеження пацієнта. Відправте біоматеріал до лабораторії, дотримуючись всіх необхідних заходів безпеки.	1. Забезпечення вірогідності даних про пацієнта 2. Забезпечення вірогідності результатів дослідження

9. Забір харкотиння лабораторного дослідження

Оснащення. Суха скляна або пластмасова банка з кришкою, розчин фурациліну 1:5000 або розчин калію перманганату 1:10000, етикетка-направлення.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: захворювання органів бронхо-легеневої системи

Протипоказання: відсутність свідомості, важкий стан пацієнта

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Поясніть пацієнтові, щоб він перед збиранням мокротиння ретельно почистив зуби, прополоскав рот водою, а потім розчином фурациліну 1:5000 або блідо-рожевим розчином калію перманганату Підготуйте чистий посуд і поставте на нього відповідний номер. Запропонуйте пацієнтові зібрати мокротиння для загального клінічного аналізу вранці натще.	Дотримується інфекційна безпека Встановлення контакту з пацієнтом
Основний етап	Після відкашлювання (а не відхаркування) пацієнт повинен зібрати 3—5 мл свіжого мокротиння в скляний або пластмасовий сухий посуд і закрити його кришкою. 2. Свіжовиділене мокротиння відправте до лабораторії в промаркованому контейнері протягом 2 год з моменту його збирання, тому що при тривалому стоянні в ньому розмножується мікрофлора і відбувається руйнування клітин. Направлення-етикетку відправте окремо в поліетиленовому пакеті.	Забезпечується послідовність виконання процедури

		
Завершальний етап	Зніміть гумові рукавички, здійсніть гігієнічну обробку рук. Зробіть позначку в листку обстеження пацієнта.	Дотримується інфекційна безпека

10. Забір калу для дослідження на наявність прихованої крові.

Оснащення: Шпатель, судно, скляна банка, закрита кришкою, гумові рукавички, етикетка, направлення.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: захворювання органів травної системи

Протипоказання: відсутність свідомості, важкий стан пацієнта

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Психологічно підготуйте пацієнта. За 4—5 днів до лабораторного дослідження забороніть пацієнтові вживати препарати заліза, броду, йоду, м'ясо, рибу, печінку, ікру, гречану крупу, яєчні страви, всі зелені овочі, помідори, яблука, гранати (все це безгемоглобінова дієта). Напишіть етикетку-направлення і наклейте на скляну посудину. Надягніть гумові рукавички.	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Візьміть шпателем 5—10 г свіжовиділеного калу з різних місць, перенесіть у суху чисту посудину і закрийте кришкою. 	Забезпечується послідовність виконання процедури
Завершальний етап	Продезинфікуйте використане оснащення. Вимийте і висухіть руки. Зробіть позначку в листку обстеження пацієнта. Відправте біоматеріал до лабораторії, дотримуючись усіх необхідних заходів безпеки.	Дотримується інфекційна безпека

11. Правила забору мазків з носоглотки для ПЛР (діагностика COVID-19)

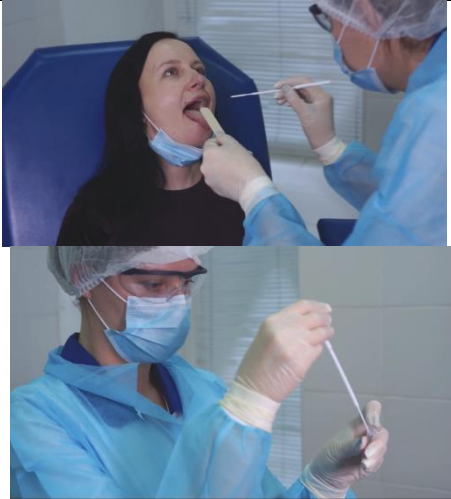
Оснащення: гумові рукавички, маска, захисні окуляри/екран, стерильний одноразовий універсальний зонд або стерильний тампон, шпатель, ємність з середовищем для забору матеріалу, контейнер для транспортування

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: підозра на коронавірусне захворювання.

Протипоказання: відсутність свідомості, важкий стан пацієнта

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право на інформацію
	3. перед забором взірця не їсти протягом 30 хв. В порожнині рота не повинно бути залишків їжі. У немовлят на грудному вигодовуванні рекомендовано брати взірці не раніше, ніж 1 – 2 години після останнього годування.	Забезпечується ефективне виконання процедури
	<i>Бажано:</i> 1. Впродовж доби утриматись від застосування місцевих препаратів і процедур, прийому алкоголю; 2. обстежитися до або не раніше 14 діб після закінчення курсу антибактеріальної, анти-грибкової терапії, якщо інше не рекомендовано лікарем.	Забезпечується ефективне виконання процедури
	Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти маску і рукавички захисні окуляри/екран	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	1. Мазки беруть сухими стерильними одноразовим зондом універсальним обертальними рухами з поверхні мигдалин, піднебінних дужок і задньої стінки ротоглотки. 2. Після взяття матеріалу робочу частину зонда з щіточкою поміщають в стерильну одноразову пробірку зі спеціальним транспортним середовищем для ПЛР-досліджень і акуратно обламають пластиковий стрижень на відстані не більше 0,5 см (в області спеціальної насічки) від робочої частини, залишаючи робочу частину зонда з матеріалом в транспортному середовищі. 3. Пробірку щільно закривають кришкою, маркують. Важливо пам'ятати, є неприйнятним використання багаторазових ножиць для обрізання робочої частини зонда – це може призвести до перехресної контамінації клінічним матеріалом і, як наслідок, отримання помилково-позитивних результатів.	Забезпечується виконання процедури

		
Завершальний етап	Закінчення процедури 1. Упакувати та транспортувати згідно вимог пакування та транспортування	Забезпечується правильність пакування та транспортування
	2.Зробити запис про проведення у відповідну медичну документацію  3.Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується документування процедури та послідовність

12. Проведення зондового промивання шлунку.

Оснащення: Товстий шлунковий зонд, рушник, серветки, стерильна посудина для промивних вод, посудина з кип'яченою водою кімнатної температури (10 л), посудина для зливу промивних вод, рукавички, водонепроникний фартух - 2 штуки, стерильна вазелінова олія чи гліцерин, шприц Жане ємкістю 0,5 л, водонепроникний мішок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: отруєння, підготовка до обстежень, передопераційна підготовка

Протипоказання: загроза перфорації, ризик шлунково-кишкової кровотечі, втрата свідомості.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Здійснити гігієнічну обробку рук. Надіти водонепроникні фартухи на себе і пацієнта	Захищається одяг від забруднення
Основний етап	1. Увести товстий шлунковий зонд через рот або ніс 2. Приєднати до зонда шприц Жане і потягнути поршень трохи на себе. 3. Від'єднати шприц, повернувши поршень у початкове положення 4. Набрати в шприц воду. 5. Приєднати шприц до зонда і ввести воду в шлунок.	Забезпечується можливість промивання шлунка Підтвердженням того, що зонд у шлунку, буде надходження в шприц рідини Забезпечується виконання процедури Забезпечується

	6.Потягнути поршень шприца на себе, аспіруючи введену воду 7. В разі необхідності взяти промивні води на дослідження. 8. Від'єднати шприц від зонда і вилити вміст у посудину для промивних вод 9. Повторювати п. 4-6 до тих пір, поки не буде використана вся вода (10 л), що була приготовлена для промивання 10. Після закінчення процедури від'єднати шприц Жане і вилучити зонд із шлунка, обгорнувши його серветкою	видалення вмісту шлунка Забезпечується промивання шлунка Важливо видалити не тільки вміст шлунка, а й токсини, що виділяються слизовою оболонкою Попереджується забруднення одягу і рук
Завершальний етап	1.Занурити використане обладнання в посудину з дезінфекційним розчином Зняти фартухи, покласти їх в посудину з дезінфекційним розчином або у водонепроникний мішок Зняти рукавички, допомогти пацієнту Виписати направлення та відправити посудину з промивними водами в лабораторію. Решту промивних вод вилити в каналізацію після дезінфекції Вимити і висушити руки вмитися і набути зручного положення Зробити запис про проведення процедури та реакцію пацієнта у відповідній медичній документації	Дотримується інфекційна безпека Забезпечується необхідний відпочинок після процедури Забезпечується документування процедури

13. Проведення очисної клізми.

Оснащення: Кухоль Есмарха, стерильний наконечник (в упаковці), вазелін, шпатель, туалетний папір, таз, судно (якщо процедура виконується в постелі), рукавички, водонепроникний фартух, маска, клейонка, пелюшка, штатив (у лікувальному закладі), ширма (якщо процедура виконується в багатомісній палаті), водонепроникний мішок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: отруєння, підготовка до обстежень, передопераційна підготовка.

Протипоказання: підозра на непрохідність, аноректальний стеноз, хвороба Гіршпрунга.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Пацієнт заохочується до співпраці. Дотримуються права пацієнта на інформацію

	2. Якщо процедура проводиться в палаті, відгородити пацієнта ширмою	Забезпечується інтимність виконання процедури
	3. Підготувати необхідне оснащення	Необхідна умова для проведення процедури
	4. Здійснити гігієнічну обробку рук. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
	5. Розкрити упаковку, витягти наконечник і приєднати його до кухля Есмарха, закріпити кухоль на штативі на висоті 1 м від рівня кушетки (у домашніх умовах - використовувати допоміжні пристрої), закрити вентиль, налити в кухоль 1 л води, відкрити вентиль і злити трохи води через наконечник. Т води залежить від мети постановки клізми: - при атонічних закрепах – 18-20°C; - при спастичних закрепах -38-40°C; - в інших випадках – 25-30°C. За допомогою шпателя змастити наконечник вазеліном	Перевіряється прохідність системи. Холодна вода стимулює перистальтику кишок. Тепла вода зменшує спазм непосмугованих м'язів Вода кімнатної температури розріджує калові маси і викликає перистальтику. Полегшується введення наконечника в пряму кишку, уникаються неприємні відчуття
	6. Покласти на кушетку клейонку так, щоб звисала в таз, і постелити на неї пелюшку. Попросити пацієнта лягти на лівий бік або допомогти йому. Якщо пацієнт не може самостійно повертатися на лівий бік. Ноги пацієнта повинні бути зігнуті в колінах і трохи приведені до живота. У разі неможливості укласти пацієнта на лівий бік, клізму ставити в положенні пацієнта лежачи на спині	Забезпечується стікання води в таз у разі нетримання її в прямій кишці. У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури.
Основний етап	1. Розвести сидниці I та II пальцями лівої руки, правою рукою обережно увести наконечник у відхідник, просуваючи його в пряму кишку спочатку в напрямку до пупка (3-4 см), а потім паралельно хребту на глибину 8-10 см	Анатомічна особливість вигинів прямої кишки
	2. Трохи відкрити вентиль, щоб вода повільно витікала в кишку. Якщо вода не надходить в кишку, підняти кухоль вище, або змінити положення наконечника. У разі відсутності результату замінити наконечник	Уникаються неприємні відчуття у пацієнта. Отвір наконечника може закриватися каловими масами або притискатися до стінки кишки
	3. Запропонувати пацієнту глибоко дихати животом	Покращується проходження води в кишках за рахунок зміни внутрішньочеревного тиску

	4.Закрити вентель раніше ніж витече вода з кухля Есмарха, щоб у кишку не потрапило повітря. Обережно витягти наконечник через серветку чи туалетний папір, викинути папір в водонепроникний мішок	Повітря буде заважати відходженню калу. Не допускається травмування слизової оболонки кишки. Забезпечується інфекц. безпека
	5.Від'єднати наконечник і покласти його в посудину з дезінфекційним розчином	Забезпечується інфекційна безпека
	6.Якщо пацієнт лежачий – підкласти судно	Виключається забруднення білизни
	7.Нагадати пацієнту про необхідність затримати воду в кишках протягом 5-10 хв	Час, необхідний для розрідження калових мас
	8.Допомогти пацієнту підвестися з кушетки і дійти до туалету, якщо з'явилися позиви на дефекацію	Виключається ризик падіння при ходьбі.
	9.Переконатися, що процедура пройшла ефективно (вода повинна містити фекалії)  	Оцінка ефективності процедури
Завершальний етап	1.Якщо пацієнт безпомічний, витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок). 2. Потім вимити промежину	Забезпечується інфекційна безпека. Забезпечується комфорт пацієнта
	3. Вилити фекалії в унітаз. Продезінфікувати використане обладнання.(Після кожного використання медсестра замочує згідно з інструкцією до засобу).	Забезпечується інфекційна безпека

	4..Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується послідовність виконання процедури
	5. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність

14. Проведення сифонної клізми.

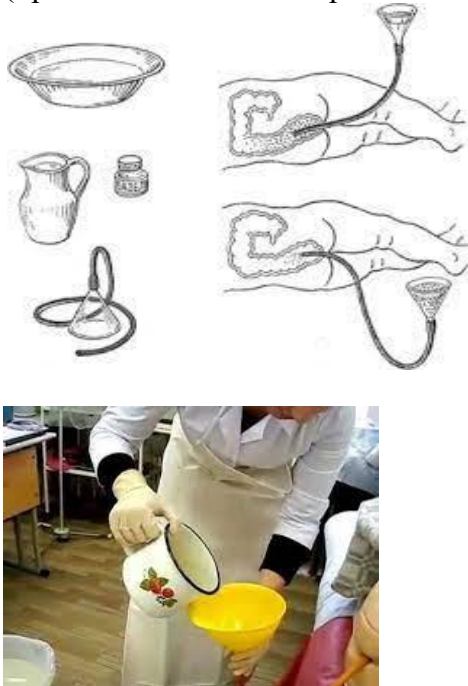
Оснащення: Система для сифонної клізми: два стерильні товсті шлункові зонди (діаметром 0,8-1 см), сполучених скляною трубкою (закруглений кінець одного зонда зрізаний); скляна лійка 0,5-1 л, вода кімнатної температури або підігріта до 37-38°C, кухоль, відро для промивних вод, рукавички, гумовий фартух, маска, вазелін, шпатель, туалетний папір, клейонка, пелюшка, таз, водонепроникний мішок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: отруєння, неефективність очисної клізми

Протипоказання: шлунково-кишкова-кровотеча, злоякісні новоутвори прямої кишки, гострий ентероколіт

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Підготувати оснащення	Необхідна умова для проведення процедури
	3. Здійснити гігієнічну обробку рук. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
	4. На простирадло, що покриває кушетку, постелити клейонку так, щоб вона звисала в таз, поверх неї постелити пелюшку. Попросити пацієнта (або допомогти йому) лягти на кушетку на лівий бік із зігнутими і приведеними до живота ногами	Забезпечується стікання води в таз у разі нетримання її в прямій кишці. У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури.
	5. Змастити вазеліном 30-40 см зонда зі сторони закругленого кінця	Полегшується введення зонда в кишку, запобігається виникнення у пацієнта неприємних відчуттів
Основний етап	1.Розсунути сідниці I та II пальцями лівої руки, правою рукою обертальними рухами ввести закруглений кінець зонда в кишку на глибину 30-40 см	Забезпечується можливість ефективного проведення процедури
	2. Приєднати до вільного кінця зонда скляний перехідник із гумовою трубкою, лійку	Забезпечується послідовність виконання процедури

	3. Тримати лійку трохи нахиленою, нижче від кушетки і налити в неї з кухля 1 л води	Запобігається потрапляння повітря в кишки
	4. Повільно піднімати лійку на висоту 1 м, запропонувати пацієнту глибоко дихати. Як тільки вода досягне вічка лійки, опустити її нижче рівня сідниць, не виливаючи води з лійки доти, поки вона не буде цілком заповнена	Забезпечується контроль за надходженням води в кишки і виведення її назад
	5. Злити воду в приготовлену посудину	Забезпечується послідовність
	6. Повторювати, використовуючи 10- 12л води (промивати до чистих промивних вод) 	Забезпечується ефективність процедури
Завершальний етап	1. Після закінчення процедури від'єднати гумову трубку з лійкою, кінець зонда опустити у відро на 20-30 хв, щоб вийшли залишки рідини та газу	Забезпечується послідовність виконання процедури
	2. Вийняти зонд, обгорнувши його серветкою або туалетним папером, викинути папір в водонепроникний мішок	Здійснюється механічне очищення зонда та забезпечується інфекц. безпека
	3. Занурити використане обладнання в посудину із дезінфекційним розчином. Після дезінфекції вилити промивні води в каналізацію	Забезпечується інфекційна безпека
	4. Витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок) у випадку безпомічності пацієнта. Вимити промежину	Запобігається інфікування сечових шляхів і мацерація шкіри промежини
	5. Зібрати клейонку, пелюшку та викинути їх у водонепроникний мішок	Забезпечується інфекційна безпека

	6.Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску і викинути в водонепроникний мішок. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	7. Допомогти пацієнту підвестися з кушетки (або перемістити його для транспортування)	Забезпечується безпека пацієнта
	8. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність

15. Проведення лікувальної клізми.

Оснащення: Грушоподібний балон або шприц Жане, газовивідна трубка, шпатель, вазелін, лікарський препарат (50-100 мл), підігрітий до 37-38⁰ С, туалетний папір, рукавички, водонепроникний фартух, маска, клейонка, пелюшка, ширма, водонепроникний мішок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: необхідність введення ліків через пряму кишку

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Якщо процедура проводиться в палаті, відгородити пацієнта ширмою	Забезпечується інтимність виконання процедури
	3. За 1 год. до постановки лікувальної клізми зробити пацієнту очисну клізму	Забезпечується очищення прямої кишки і можливість терапевтичної дії
	4. Здійснити гігієнічну обробку рук.Надіти водонепроникний фартух, рукавички, маску. Набрати в грушоподібний балон 50-100 мл теплого лікарського препарату	Забезпечується інфекційна безпека. Підігрітий лікарський препарат швидше взаємодіє зі слизовою оболонкою кишок. За Т розчину нижче ніж 37 ⁰ С виникають позиви на дефекацію
	5. Постелити на ліжко клейонку, а на неї пелюшку. Попросити пацієнта лягти на лівий бік або допомогти йому. Якщо пацієнт не може самостійно повертатися на лівий бік. Ноги пацієнта повинні бути зігнуті в колінах і трохи приведені до живота Якщо неможливо укласти пацієнта на лівий бік, клізму ставити в положенні пацієнта лежачи на спині.	У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для даної процедури
Основний етап	1.Увести газовивідну трубку (див. протокол із застосування газовивідної трубки)	Забезпечується введення лікарського засобу на достатню глибину

	2. Приєднати до трубки грушоподібний баллон/шприц Жане і повільно ввести лікарський препарат, набрати в нього трохи повітря, приєднати до трубки і проштовхнути залишки розчину в пряму кишку	Запобігання неприємним відчуттям у пацієнта
	3. Не розтискаючи грушоподібного балона, від'єднати його від газовивідної трубки, витягти її і покласти разом із грушоподібним баллоном у лоток. 	Запобігання всмоктуванню препарату назад у балон. Забезпечується інфекц. безпека
Завершальний етап	1. Витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок)	Профілактика інфекції сечовивідних шляхів
	2. Зібрати клейонку і пелюшку, викинути їх у водонепроникний мішок. Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску; занурити їх в посудину із дезінфекційним розчином. Проведіть дезінфекцію всього інструментарію, який використовували. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	3. Накрити пацієнта ковдрою, допомогти йому зайняти зручне положення, забрати ширму	Забезпечується послідовність догляду
	4. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність

16. Техніка проведення послаблювальної (олійної) клізми.

Оснащення: Шприц Жане, стерильна газовивідна трубка (в упаковці), вазелін, шпатель, олія (вазелинова, рослинна) 50-100 мл (за призначенням лікаря), водяна баня, рукавички, фартух, маска, туалетний папір, клейонка, пелюшка, ширма (якщо процедура виконується в палаті), лоток, водонепроникний мішок.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: стійкий закреп

Протипоказання: болі в животі не з'ясованого генезу, шлунково-кишкова кровотеча

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Заохочення пацієнта до співпраці. Дотримується право пацієнта на інформацію

	2. Якщо процедура проводиться в палаті, відгородити пацієнта ширмою	Забезпечується інтимність виконання процедури
	3. Підігріти олію до 38 °С	Забезпечується можливість проведення процедури.
	4. Здійснити гігієнічну обробку рук. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
	5. Набрати в шприц Жане 50 (100) мл теплої олії	Тепла олія, не подразнюючи кишок, обгортає і розріджує калові маси
	6. Постелити на ліжко клейонку, а на неї пелюшку. Попросити пацієнта лягти на лівий бік або допомогти йому. Якщо пацієнт не може самостійно повертатися на лівий бік. Ноги пацієнта повинні бути зігнуті в колінах і трохи приведені до живота. У разі неможливості покласти пацієнта на лівий бік, процедуру постановки клізми провести в положенні пацієнта лежачи на спині.	Допустиме положення для даної процедури У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для даної процедури
Основний етап	1. Увести газовивідну трубку (див. Протокол застосування газовивідної трубки)	Забезпечується виконання процедури
	2. Приєднати до трубки шприц Жане і повільно, поштовхоподібними рухами, ввести олію	Забезпечується введення олії на достатню глибину
	3. Перегнути газовивідну трубку, від'єднати шприц Жане, набрати в нього трохи повітря, приєднати до трубки і проштовхнути залишки олії в прямую кишку	Запобігається витікання олії з трубки та повне введення олії в прямую кишку
	4. Витягти газовивідну трубку і покласти її разом з шприцем Жане у дезінфекційний розчин 	Забезпечується інфекційна безпека
Завершальний етап	1. Якщо пацієнт безпомічний, витерти туалетним папером шкіру в ділянці відхідника в напрямку спереду назад (у жінок)	Запобігання інфікуванню сечовивідних шляхів і мацерації ділянки промежини

	2.Забрати клейонку, пелюшку та викинути їх у водонепроникний мішок	Забезпечується інфекційна безпека
	3.Зняти водонепроникний фартух, рукавички, маску; викинути їх у водонепроникний мішок. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	4. Укрити пацієнта ковдрою, допомогти йому набути зручного положення. Прибрати ширму	Забезпечуються комфортні умови для відпочинку
	5. Провести оцінку ефективності процедури через 10-12 год	Підсумкова оцінка досягнення мети
	6. Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність

17. Порядок забору крові вакуумною системою з вени

Оснащення: вакуумні пробірки із різними антикоагулянтами (наприклад, цитрат натрію, гепарин) або без них — залежно від типу дослідження, голки для вакуумних систем (одноразові, стерильні). Альтернативні системи: система «метелик» (для забору у пацієнтів із погано вираженими венами). Одноразові стерильні шприци (при відсутності вакуумних систем). Антисептичні серветки або тампони, змочені у 70% спиртовому розчині, джгут для венопункції, стерильні серветки, лейкопластир або стерильна пов'язка, контейнери для медичних відходів класу В (для голок, систем тощо). Водонепроникний пакет для утилізації ЗІЗ. Гумові рукавички, маска, захисні окуляри/екран, водонепроникний фартух. тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, штатив з пробіркою, направлення та контейнер для транспортування до лабораторії.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: необхідність проведення лабораторного дослідження крові

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту сутність і хід процедури (кров для біохімічного дослідження береться натще)	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	3. Провести гігієнічну обробку рук.	Дотримується інфекційна безпека
	4. Одягнути рукавички	Дотримується інфекційна безпека
	2. Спитати пацієнта про його самопочуття	Забезп. оцінка стану пацієнта

	3. Запропонувати йому сісти чи лягти. Визначити місце ін'єкції	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	4. Підготуйте пробірки для взяття крові.	
	5. Передпліччя пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку.	Забезпечується повне розгинання ліктьового суглобу.
	6. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпеч. оцінка стану пацієнта
	7. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Створюються умови для виконання маніпуляції
Основний етап	1. Візьміть голку і зніміть ковпачок з боку, закритого гумовою мембраною 	Забезпечується правильне положення шприца
	2. Вставте голку в утримувач і закрутите до упору. 	Створюються умови для венепункції
	3. Попросіть пацієнта стиснути кулак. Продезінфікуйте місце венепункції. Зніміть захисний ковпачок з голки.	Забезпечується профілактика ускладнень. Створюється можливість набирання крові

		
	4. Введіть в вену голку з утримувачем під кутом 15° зрізом вгору. 	Вакуумні системи забезпечують закритий метод забору крові, що мінімізує ризик інфікування пацієнта або медичного персоналу. Вакуумні пробірки забезпечують точний об'єм.
	5. Фіксуючи однією рукою утримувач, іншою рукою вставте пробірку гумовоюкришкою в утримувач до упору. 	Дотримується інфекційна безпека. Зменшення больових відчуттів
	6. Якщо пункція вени була проведена правильно, кров відразу ж почне надходити в пробірку.	Забезпечується попередження кровотечі

		
	7. Зніміть (послабте) джгут відразу ж після початку надходження крові в пробірку. Попросіть пацієнта розтиснути кулак. 	Зняття джгута відновлює нормальний кровообіг, запобігаючи пошкодженню венозної стінки та зменшуючи ймовірність утворення гематоми.
	8. Після заповнення пробірки до необхідного об'єму (припинення току крові в пробірку) витягніть пробірку з утримувача. 	У пробірках із реагентами (наприклад, антикоагулянтами) важливо забезпечити точний об'єм крові, щоб уникнути помилок у результатах аналізу через порушення пропорцій між кров'ю і реагентом.
	9. Акуратно перемішайте вміст заповненої пробірки, перевертаючи її 5-8 разів для повного змішування крові і реагенту.	Перевернення пробірки 5–8 разів вважається оптимальною кількістю для забезпечення якісного змішування без руйнування клітин крові. Сильне струшування може

		спричинити гемоліз, тоді як недостатнє перемішування не гарантує потрібної якості проби.
	10. Якщо необхідно зробити забір крові віншу пробірку, то повторіть пункти 5 - 9. 	Виконання кожного етапу окремо допомагає уникнути забруднення пробірок і гарантує стерильність процедури, що важливо для збереження точності аналізів.
Завершальний етап	1. Після взяття проб не виймайте голку з утримувача і надіньте на неї захисний ковпачок. Помістіть використану голку з утримувачем в контейнер для використання гострих предметів.	Дотримується інфекційна безпека
	2. Зняти рукавички, Здійснити гігієнічну обробку рук.	Дотримується інфекційна безпека
	3. Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень	Забезпечується документування маніпуляції

Для взяття крові у пацієнтів з тонкими й тендітними венами, а також для взяття крові у дітей рекомендується використовувати голки-метелики.

Технологія використання катетер-метелика



Транспортування зразків із маніпуляційного кабінету.

Маніпуляційна медична сестра ставить штативи із зразками у контейнер, направлення складає в папку, пересилає по по електронній пошті, і доставляє в лабораторію кожні 30 хвилин не залежно від кількості набраних пробірок.

18. Проведення внутрішньошкірної ін'єкції.

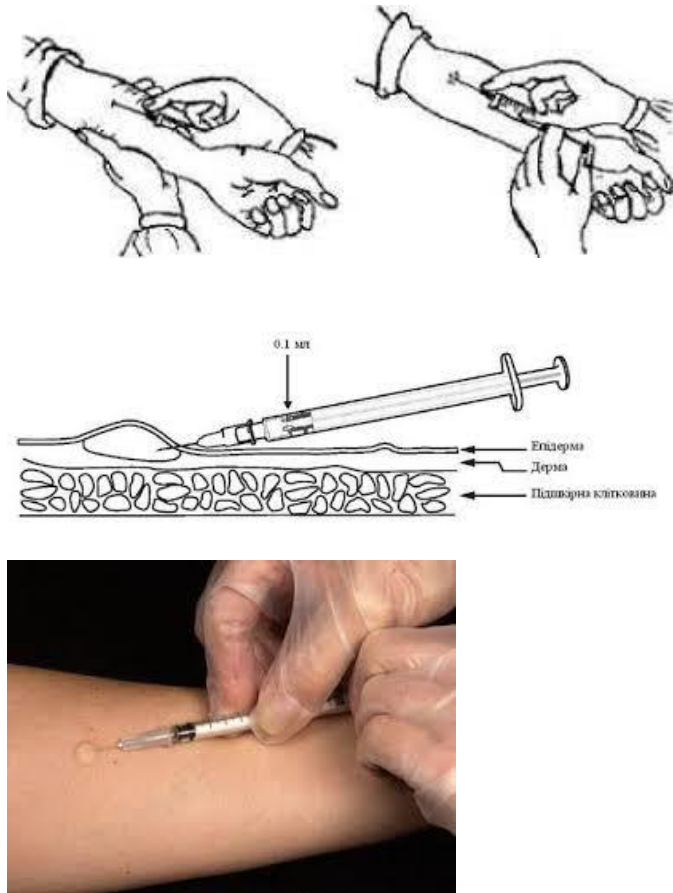
Оснащення: Стерильні: шприц туберкуліновий, пінцет в дезінфікуючому розчин, лоток. Гумові рукавички, маска, спирт етиловий 70%, туберкулін, пилочка, лоток для використаного матеріалу, ємкість для використаного матеріалу (який не був у контакті з пацієнтом, наприклад, відро з педаллю), прозора лінійка, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: проведення алергологічних проб на чутливість до лікарського препарату, проба Манту, місцеве знеболення

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату, важка алергічна реакція в анамнезі

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Пояснити пацієнту хід і сутність майбутньої процедури	Заохочення пацієнта до співпраці
	2.Надати пацієнту інформацію про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
	3.Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	4.Підготувати оснащення	Забезпечується швидке й ефективне проведення процедури
	5. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	6. Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	1.Набрати у стерильний туберкуліновий шприц 0,2 мл (2 дози) туберкуліну	При перевірці прохідності голки та видаленні повітря 0,1 мл витрачається
	2. Запропонувати пацієнту зручно сісти на стілець, звільнити руку до ліктьового суглоба від одягу і покласти її долонною поверхнею догори на тверду основу	Забезпечується правильне положення руки
	3. Двічі обробити місце ін'єкції (середня третина внутрішньої поверхні передпліччя) стерильними серветками, змоченими 70% розчином етилового спирту	Дотримується інфекційна безпека
	4. Після висихання шкіри лівою рукою обхопити передпліччя пацієнта знизу	Забезпечується фіксація шкіри

	5. Увести голку зрізом догори під кутом 5° в шкіру так, щоб занурився тільки її зріз	Забезпечується проникнення голки в шкіру
	6. Обережно відпустити ліву руку	Зменшується натягнення шкіри
	7. Ввести 0,1 мл туберкуліну (1 доза). При правильному введенні на місці ін'єкції утворюється білуватого кольору твердий інфільтрат	Забезпечується правильне дозування та введення туберкуліну
	8. Вийняти голку, не притискаючи ваткою	Попереджує витискання ліків
	9. Зняти залишки туберкуліну сухою стерильною ватною кулькою	Забезпечується інфекційна безпека Створюються умови для достовірної оцінки результату
		
	10. Запитати пацієнта про самопочуття	
Завершальний етап	1. Голка, шприц, та інші одноразові матеріали утилізуються у спеціальні контейнери для медичних відходів класу В (біологічно небезпечні). 2. Порекомендувати пацієнту не одягати одяг, що подразнює шкіру; 3. Не зволожувати передпліччя; 4. Результат проби треба перевірити через 72 години Оцінка результатів: Розмір гіперемії не враховується. Для вимірювання діаметра папули використовувати	Створюються умови для достовірної оцінки результату

	прозору пластмасову лінійку, яку накладати перпендикулярно до осі руки. Реакція негативна, якщо розмір папули становить - 0-1 мм, сумнівна – 2-4 мм, позитивна – 5 мм, гіперергічна – понад 17 мм. 5. Здійснити гігієнічну обробку рук. 6. Занести дані про виконану ін'єкцію (дата, час, препарат, дозування, місце введення) в медичну документацію пацієнта.	

19. Техніка проведення скарифікаційної проби

Оснащення: стерильні: шприци, голки, пінцет в дезінфікуючому розчині лоток. Гумові рукавички, маска, спирт етиловий 70%, лікарські препарати в ампулах і флаконах, пилочка, лоток для використаного матеріалу, ємкість для використаного матеріалу, який не був у контакті з пацієнтом (відро з педаллю), тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Показання: проведення алергологічних проб на чутливість до лікарського препарату

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату, важка алергічна реакція в анамнезі

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Підготовка до процедури Перед проведенням тесту необхідно припинити прийом антигістамінних препаратів (зазвичай за 48–72 години). Психологічно підготуйте пацієнта, зберіть алергологічний анамнез. Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти маску і рукавички	Дотримується право пацієнта на інформацію. Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Виконання процедури: Із заповненого розчином другого розведення антибіотика шприца через голку нанесіть кілька крапель розчину на шкіру і за допомогою стерильної голки або скарифікатора зробіть паралельно 2 подряпини — скарифікації так, щоб не виділилась кров. 	Забезпечується послідовність виконання процедури

		
Завершальний етап	1. Помістіть використану голку з шприцом в контейнер для використання гострих предметів. 2. Якщо через 20 хв на місці скарифікації буде почервоніння, припухлість або свербіж шкіри — реакція позитивна. Якщо змін на шкірі, крім подряпин, немає – то реакція негативна. Повідомте лікаря і зробіть позначку у відповідному медичному документі.	Дотримується інфекційна безпека Забезпечується документування процедури.

20. Виконання підшкірної ін'єкції.

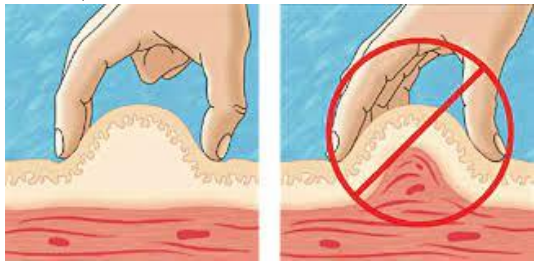
Оснащення: стерильні шприци, голки, серветки, пінцет в дезінфікуючому розчині лоток. Гумові рукавички, маска, спирт етиловий 70%, інсулін, лоток для використаного матеріалу, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: парентеральне введення ліків

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	1. Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	3. Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезп. профілактика ускладнень
	4. Підготувати оснащення	Забезпечується швидке й ефективне проведення процедури
	5. Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти маску і рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
	6. Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	1. Підготувати інсуліновий шприц та флакон з інсуліном до виконання ін'єкції. Набрати інсулін із флакона (після протирання гумової кришки спиртом, дати спирту висохнути) відповідно до призначеної дози, враховуючи, що в 1 мл міститься 40 чи 100 ОД інсуліну (звірити із флаконом)	Пам'ятайте! Доза інсуліну повинна бути набрана точно! При передозуванні інсуліну може виникнути зниження вмісту цукру в крові – гіпоглікемічна кома. При недостатньому

		введенні інсуліну може виникнути діабетична кома
	2. Допомогти пацієнту зайняти зручне положення	Забезпечується виконання процедури
	3. Обробити місце ін'єкції одноразовою серветкою, змоченою 70% спиртовим розчином. Протирайте шкіру в одному напрямку — від центру до периферії. Повторне проходження по одній зоні тим самим тампоном забороняється, щоб уникнути повторного внесення мікроорганізмів. Дайте спирту повністю висохнути природним шляхом (це займає 30 секунд). Не роздмухуйте і не торкайтеся місця обробки.	Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується ефективне виконання процедури, оскільки спирт інактивує інсулін
	5. Видалити залишки повітря з шприца	Забезпечується профілактика ускладнення
	6. Захопити вказівним та великим пальцями лівої руки шкіру з підшкірною основою у ділянці ін'єкції  	Запам'ятайте! Місце введення інсуліну необхідно змінювати кожного разу, тому що при постійному введенні препарату в одне і те ж місце можуть виникнути ускладнення – жирова дистрофія підшкірної основи – ліподистрофія
	7. Ввести в основу утвореної складки голку на 2/3 її довжини під кутом 30-45° (якщо довжина голки 10 мм, то під кутом 90°)	Забезпечується дотримання методики введення
	8. Відпустити складку і повільно ввести ліки	Забезпечується дотримання методики введення
	9. Прикласти суху стерильну серветку до місця ін'єкції	Забезпечується інфекційна безпека
	10. Витягнути швидким рухом голку	Забезпечується зменшення болю
	11. Запитати у пацієнта про його самопочуття	Попередження ускладнення
Завершальний етап	1. Помістити використану голку з утримувачем в контейнер для використання гострих предметів.	Забезпечується інфекційна безпека

	2. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	3. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури

21. Проведення внутрішньом'язової ін'єкції .

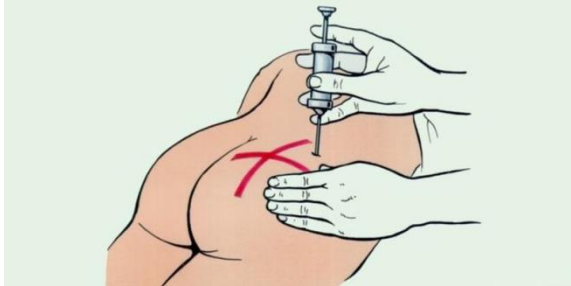
Оснащення: флакон з лікарським порошком , стерильний шприц з голками , 70% етиловий спирт, 1 лоток, рукавички, маска, пінцет або корнцанг в 6 % розчині перексиду водню, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: парентеральне введення ліків

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотрим. право на інформацію
	3. Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується профіл. ускладнень
	4. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
	5. Здійснити гігієнічну обробку рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	6. Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	1. Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції. Набрати ліки	Забезпечується виконання процедури
	2. Запитати пацієнта про самопочуття	Забезпеч. оцінка стану пацієнта
	3. Запропонувати пацієнту лягти на живіт або на бік (при необхідності допомогти)	Забезпечується зручність виконання процедури
	4. Визначити місце ін'єкції: - верхньо-зовнішній квадрант сідниці; - передньо-зовнішня поверхня верхньої третини стегна; - передньо-зовнішня поверхня плеча	Забезпечується правильність виконання процедури
	5. Оглянути можливе місце ін'єкції, обережно його пропальпувати	Забезпечується попередження ускладнень
	6. Обробити місце ін'єкції одноразовою серветкою, змоченою 70% спиртовим розчином. Протирайте шкіру в одному напрямку — від центру до периферії	Забезпечується інфекційна безпека

	7. Видалити із шприца пухирці повітря	Забезп. попередження ускладнення
	8. Тримати приготовлений шприц голкою донизу, розтягнути шкіру на місці ін'єкції. Швидким рухом ввести голку перпендикулярно до поверхні шкіри на 2/3 її довжини (при виконанні ін'єкції у верхньо-зовнішній квадрат сідниці)  	Забезпечується правильне виконання процедури
	9. Підтягнути поршень шприца на себе і перевірити, чи не потрапила голка в просвіт кровоносної судини (у циліндрі шприца не повинно бути крові)	Забезпечується попередження ускладнення
	10. Повільно ввести ліки, натискаючи на поршень шприца	Забезпечується уникнення неприємних відчуттів
	11. Прикласти стерильну серветку, змочену в спирті, до місця ін'єкції і швидким рухом вийняти голку, промасажувати місце ін'єкції	Забезпечується інфекційна безпека. Зменшуються больові відчуття. Покращується розподіл ліків
	12. Запитати у пацієнта про його самопочуття	Забезп. попередження ускладнення
Завершальний етап	1. Помістити використану голку з утримувачем в контейнер для використання гострих предметів.	Забезпечується інфекційна безпека
	2. Обробити руки антисептиком або вимити їх із милом і водою за стандартами гігієни рук.	Забезпечується інфекційна безпека
	3. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури

22.Алгоритм постановки периферичного венозного катетера (венфлона)

Оснащення: венозний катетер (венфлон) потрібного розміру, стерильний пластир, антисептик, жгут, флакон з фізрозчином, контейнер для утилізації відходів категорії В.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: парентеральне введення ліків

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Уточнити чи готовий пацієнт до маніпуляції. Запропонувати пацієнту в разі потреби звернутися за допомогою до медичного працівника (надати зручного положення: рука має лежати без напруження і не звисати)	Забезпечується комфортне положення пацієнта та правильне положення руки
	2. Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	1. Під лікоть пацієнта підкласти тверду гумову подушечку. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпеч. максимальне розгинання руки у ліктьовому суглобі. Перевірити властивості пульсу
	2. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Створюються умови для кращого наповнення вени. Попереджається травматизація шкіри
	3. Перевірити пульс на променевій артерії (його властивості не повинні змінитися)	Перевірка правильності накладання джгута
	4. Запропонувати пацієнту декілька разів стиснути і розтиснути кулак, вибрати найбільш наповнену вену, попросити пацієнта затиснути кулак	Сприяє кращому наповненню вени
	5. Обробити ін'єкційне поле однією стерильною серветкою.	Забезпечується стерильність зони катетеризації
	6. Розкрити стерильний венозний катетер і тримати його за пластикову частину, не торкаючись канюлі	Уникнення контамінації матеріалів.
	8. Утримуючи шкіру в місці введення натягнутою, ввести катетер під кутом 15–30 градусів до появи крові у "флешбек"-камері.	Правильне входження в вену підтверджується "флешбеком".
	9. Після підтвердження, обережно просунути пластикову канюлю в вену, одночасно витягаючи голку.	Запобігається пошкодження тканин та вени.
		

		
	10. Витягти металеву голку повністю, залишивши тільки пластикову канюлю у вені.	Підготовка катетера до використання.
	11. Підключити шприц із фізіологічним розчином до катетера, промити його для перевірки прохідності.	Забезпечується стабільність катетера.
Завершальний етап	1. Утилізувати використані матеріали та голки в контейнер для медичних відходів категорії В.	Запобігається поширення інфекцій.
	2. Спостерігати за станом пацієнта, перевірити місце введення катетера (немає болю, набряку чи почервоніння).	Рання діагностика можливих ускладнень.
	3. Здійснити гігієнічну обробку рук. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Ведення обліку маніпуляції та відстеження можливих ускладнень.

23. Внутрішньовенне струминне введення лікарських засобів.

Оснащення: стерильні: шприци (10-20мл), голки для внутрішньовенних ін'єкцій, серветки, пінцет в дезінфікуючому розчині, лоток. Гумові рукавички, маска, захисні окуляри/екран, водонепроникний фартух, спирт етиловий 70%, гумова подушечка, гумовий джгут, рушник, клейонка, лікарські препарати в ампулах і флаконах, пилочка, лоток для використаного матеріалу, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: парентеральне введення ліків

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Психологічно підготувати пацієнта до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право на інформацію
	3. Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується попередження ускладнень
	4. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
	5. Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти маску і рукавички захисні окуляр/екран, водонепроникний фартух.	Забезпечується інфекційна безпека

Основний етап	1. Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції	Забезпечується виконання процедури
	2. Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
	3. Набрати в шприц ліки та розчинник з ампул та флакону. Надіти ін'єкційну голку, перевірити її прохідність, поршнем витискаючи повітря з шприца	Створюються умови для виконання процедури
	4. Запитати пацієнта про його самопочуття	Оцінка стану пацієнта
	5. Запропонувати йому сісти чи лягти. Визначити місце ін'єкції	Забезпечується зручність виконання процедури
	6. Передпліччя пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку та клейонку	Забезпечується повне розгинання ліктьового суглобу
	7. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпечується подальше порівняння властивостей пульсу
	8. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Забезпечується наповнення вени. Попереджається травмування шкіри плеча
	9. Перевірити пульс на променевій артерії	Забезпечується правильне накладання джгута
	10. Попросити пацієнта кілька раз стиснути і розтиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
	11. Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується ефективність виконання процедури
	12. Попросити пацієнта затиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
	13. Обробити спиртом гумові рукавички ватними кульками, змоченими спиртом	Забезпечується інфекційна безпека
	14. Обробити внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками, змоченими в спирті, зняти залишки спирту	Забезпечується інфекційна безпека
	15. Взяти шприц у праву руку так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а інші охоплювали циліндр	Забезпечується правильне положення шприца
	16. Перевити прохідність голки та відсутність повітря в шприці	Забезпечується попередження ускладнень
	17. Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру ліктьового згину вниз за ходом вени. Зафіксувати вену	Створюються умови ефективного виконання процедури

	18. Тримавши шприц паралельно до шкіри, зрізом голки догори, провести венепункцію. Відчувши «провал», легенько підтягнути поршень до себе до появи крові в шприці	Перевірка знаходження шприца у вені
		
	19. Під муфту голки підкласти стерильну серветку	Дотримується інфекційна безпека
	20. Зняти джгут лівою рукою	Забезп. умови виконання процедури
	21. Попросити пацієнта розтиснути кулак; ще раз потягнути поршень на себе	Перевірка знаходження шприца у вені
	22. Не змінюючи положення шприца, першим пальцем лівої руки натиснути на рукоятку поршня, повільно ввести ліки (стежити за станом пацієнта), залишити в шприці 1 мл рідини	Забезпечується введення ліків та попередження ускладнень
	23. Притиснути до місця ін'єкції стерильну серветку, змочену в спирті, різким рухом витягнути голку	Забезпечується і інфекційна безпека
Завершальний етап	24. Попросити пацієнта зігнути руку в ліктьовому суглобі разом з серветкою на 3-5 хвилин до зупинки кровотечі	Забезпечується попередження ускладнень
	25. Запитати у пацієнта про його самопочуття. Забрати стерильну серветку	Забезпечується попередження ускладнень
	1. Одноразові вироби (голки, шприци) утилізуються у контейнери для медичних відходів категорії В.	Забезпечується інфекційна безпека
	2. Зняти фартух, маску, рукавички(засоби індивідуального користування, одноразові) покласти у водонепроникний мішок червоного кольору. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	3. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність

24. Виконання внутрішньовенного краплинного введення лікарського препарату.

Оснащення: стерильні система одноразового використання для внутрішньовенного краплинного введення рідини, серветки, пінцет, лоток. Гумові рукавички, маска, водонепроникний фартух, захисні окуляри/екран, спирт етиловий 70%, гумова подушечка, гумовий джгут, рушник, клейонка, штатив, лоток для використаного матеріалу, тонометр, фонендоскоп, протишоковий набір.

Місце проведення: навчально-тренувальний центр

Показання: парентеральне введення ліків

Протипоказання: підвищена чутливість до лікарського препарату

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Уточнити чи готовий пацієнт до маніпуляції. Запропонувати пацієнту в разі потреби звернутися за допомогою до медичного працівника (надати зручного положення: рука має лежати без напруження і не звисати)	Забезпечується комфортне положення пацієнта та правильне положення руки
	2. Здійснити гігієнічну обробку рук, надіти маску і рукавички, фартух, маску, окуляри	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	1. Під лікоть пацієнта підкласти тверду гумову подушечку. Визначити пульс на променевій артерії	Забезпеч. максимальне розгинання руки у ліктьовому суглобі. Перевірити властивості пульсу
	2. Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, гумовий джгут (на сорочку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Створюються умови для кращого наповнення вени. Попереджається травматизація шкіри
	3. Перевірити пульс на променевій артерії (його властивості не повинні змінитися)	Перевірка правильності накладання джгута
	4. Запропонувати пацієнту декілька разів стиснути і розтиснути кулак, вибрати найбільш наповнену вену, попросити пацієнта затиснути кулак	Сприяє кращому наповненню вени
	5. Обробити ін'єкційне поле стерильними серветками, змоченими в спирті	Забезпечується інфекційна безпека
	6. Зафіксувати вену стерильними серветками. Тримавши голку зрізом догори, паралельно до поверхні шкіри провести венепункцію	Попередження проколу вени наскрізь
	7. З появою крові в муфті попросити пацієнта розтиснути кулак, зняти джгут, підкласти серветку. Відрегулювати швидкість інфузії, призначену лікарем, гвинтовим затискачем (40-60 крапель за 1 хвилину)	Забезпечується відновлення току крові в вені. Забезпечується правильне виконання процедури
	8. Зафіксувати голку (по муфті) і частину трубки до шкіри лейкопластирем, накрити місце пункції стерильною серветкою	Попереджається вихід голки із вени

	  	
	9. Спостерігати за станом пацієнта та роботою системи. При погіршенні стану викликати лікаря	Забезпечується своєчасність допомоги в разі погіршення стану
	10. Коли рівень розчину у флаконі знизиться до зрізу голки, закрити гвинтовий затискач, зняти серветку, лейкопластир. Покласти у лоток	Підготовка до закінчення процедури
	11. Прикласти стерильну серветку, змочену спиртом, до місця ін'єкції і швидким рухом виїняти голку на серветку	Забезпечується інфекційна безпека
	12. Попросити пацієнта зігнути руку в ліктьовому суглобі разом з стерильною серветкою на 3-5 хвилин до припинення кровотечі	Забезпечується профілактика кровотечі
	14. Запитати у пацієнта про його самопочуття. Рекомендувати пацієнтові не вставати з ліжка протягом 40-60 хв. Забрати стерильну серветку	Забезпечується профілактика ускладнень
Завершальний етап	1. Використану систему (шприци, голки, антисептичні серветки) утилізувати в спеціальні контейнери для медичних відходів класу В .	Забезпечується інфекційна безпека

	2. Зняти фартух, маску, окуляри/екран, рукавички, помістити їх у водонепроникний мішок. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	3. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури

25. Алгоритм практичної навички правил поводження з тілом померлого.

Оснащення: Тонometr, фонендоскоп, температурний лист/інша медична документація, засоби індивідуального захисту (рукавички, маска, халат, щиток або окуляри), дезінфекційні засоби, санітарні мішки для транспортування тіла, маркувальні бірки, інструменти для очищення тіла (ватні тампони, серветки тощо).

Місце проведення: палата або інше приміщення, де перебуває померлий (у медичних установах), спеціально облаштоване місце у домашніх умовах або місце, де було виявлено тіло.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Оцінка ситуації: 1. Переконайтеся в смерті відповідно до встановлених клінічних та/або біологічних критеріїв смерті. 2. Повідомте відповідальних осіб або рідних (у медичних установах — адміністрацію). 3. Якщо є підозра на насильницьку смерть, злочин або інфекційне захворювання, повідомте правоохоронні органи чи епідеміологічну службу. Підготовка до роботи з тілом: 1. Одягніть індивідуальні засоби захисту: рукавички, маску, халат, за потреби — окуляри або щиток. 2. Підготуйте необхідні матеріали: дезінфекційні засоби, санітарні мішки, стрічки для маркування тощо.	Це необхідно для офіційного підтвердження факту смерті та запобігання помилковим діям. Забезпечує дотримання етичних норм і дозволяє організувати подальші дії. Дотримання законодавчих вимог та попередження розповсюдження інфекцій. Захищає медичного працівника від біологічного забруднення та можливих інфекцій. Забезпечує правильність і ефективність подальших маніпуляцій.
Основний етап	Очистіть шкіру тіла від виділень, крові чи інших біологічних рідин (за необхідності).	Запобігання біологічному забрудненню навколишнього

	2. Закрийте природні отвори (рот, ніс) ватними тампонами або іншими медичними засобами. 3. Розташуйте тіло у правильному положенні: на спині, руки вздовж тіла, закрийте очі. 4. Прикріпіть бірку з ідентифікаційними даними (ім'я, дата народження, дата та час смерті, причини смерті, якщо це можливо). 5. Доставте тіло до моргу або іншого спеціального приміщення відповідно до встановлених вимог.	середовища та інших осіб. Знижує ризик витікання рідин із тіла. Забезпечує гідний вигляд тіла для
Завершальний етап	1. Проведіть дезінфекцію поверхонь, інструментів та засобів захисту, використаних у роботі. 2. Утилізуйте витратні матеріали відповідно до інструкцій щодо небезпечних відходів. 3. Заповнення лікарського свідоцтва: Документ підписується лікарем, скріплюється печаткою закладу. 4. Оформлення супровідних документів: Медичний заклад передає документи до служби, яка займається транспортуванням тіла. 5. Взаємодія з родичами: Родичів інформують про необхідні подальші дії, наприклад, отримання довідки в РАЦС для оформлення поховання.	Запобігає поширенню інфекцій у робочому середовищі. Забезпечує правильне поводження з біологічно небезпечними матеріалами. Відповідає вимогам обліку та звітності. Лікарське свідоцтво про смерть офіційним документом, який фіксує факт і обставини смерті. Він містить основну інформацію: дату, час смерті, причину (якщо відома), клінічні або біологічні ознаки смерті.

II Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в хірургії»

1. Методика обробки рук сучасними препаратами (Стериліум, АХД 2000).

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна.

Оснащення: Тепла проточна вода. Одноразове мило. Стерильні рушники. Стерильні серветки.

Розчин стериліуму, АХД 2000.

Показання: Маніпуляції в операційній, перев'язочній, маніпуляційній. Протипоказання: Відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Підготувати все необхідне.	Забезпечення принципів асептики і антисептики.
Основний етап	Помити руки до ліктів з милом під проточною теплою водою 5хв. Нанести на ще вологі руки 3-5мл стериліуму, АХД 2000. Проводити обробку рук згідно 5 етапів обробки рук: Долоня до долоні рук, включаючи зап'ястя Права долоня на ліву тильну сторону кисті та ліва долоня на праву тильну сторону кисті Долоня до долоні рук з перехрещеними пальцями Зовнішня сторона пальців на протилежній долоні з перехрещеними пальцями Колоподібне втирання лівого великого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки 3) Втирати до появи піни та до її зникнення.	Профілактика хірургічної інфекції.

2. Підбір загального хірургічного інструментарію.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна.

Оснащення:

Загальний хірургічний інструментарій. Показання: Операційні маніпуляції.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Загальний хірургічний інструментарій.	Операційна і не операційна хірургічна техніка.
Основний етап.	- Підібрати інструменти для роз'єднання тканин і зшивання рани: скальпель (черевцевий, гострокінцевий); ножиці, голкотримачі (Гегара, Матьє); голки хірургічні (ріжучі, колючі); скобки Мішеля; пінцет для зняття скобок Мішеля. - Підібрати хірургічний інструментарій для зупинки кровотечі: кровоспинні затискачі (Кохера, Більрота, Пеана, «Москіт»); лігатурні голки Дешана, Купера. - Інструменти для захоплення і фіксації: пінцети анатомічні і хірургічні, затискачі Мікуліча, цапки. - Інструменти для розширення рани: ручні, автоматичні ранорозширювачі, лапаротомні гачки, гачки Фарабефа, гострокінцеві багатозубі гачки. - Допоміжний інструментарій: корнцанги, зонди, шприци, шпатель. Заповнити документацію.	
Завершальний етап.		

3. Скласти набір інструментів для первинної хірургічної обробки рани при пораненні м'яких тканин

Місце проведення: операційна, перев'язувальна, маніпуляційна, палата Оснащення:

Шафа з інструментами операційного блоку. Лоток.

Показання: Рани. Поранення. Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап. Основний етап.	З шафи, де зберігається загальний інструментарій, відібрати у лоток слідуючі інструменти. Загальний інструментарій. Корнцанг – 2 Цапки – 4 Шприц та голка – 2 Зонд жолобковатий – 1 Зонд гудзиковий – 1 Пінцет анатомічний - 2 Інструменти для розсічення тканин. 1. Скальпель черевцевий – 1 2. скальпель гострокінцевий - 1, 3. ножиці: Купера – 1, прямі гострокінцеві хірургічні – 1 Інструменти для спинення кровотечі. 1. Кровоспинні затискачі Кохера – 4, 2. Більрота – 4, 3. затискач по типу “москіт” – 2 шт. Інструменти для розширення тканин. Гачки Фарабефа – 2 Гачки тризубі - 2 Інструменти для зшивання тканин. 1. Голки ріжучі – 2, 2. Голки колючі – 2, 3. Голкотримач Гегара - 2, 4. Пінцети: хірургічний – 2, Заповнити документацію	Операційна і не операційна хірургічна техніка. Травми. Транспортна іммобілізація Рани. Поранення.
Завершальний етап.		

4. Профілактика правця

Місце проведення: травмпункт, приймальний покій, операційна, перев'язувальна, Маніпуляційна.

Палата

Оснащення:

Шприци. Протиправцевий анатоксин.

Шафа з інструментами операційного блоку. Лоток.

Показання: Рани. Поранення. Опіки. Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Протиправцевий анатоксин Протиправцеву сироватку. Шприци.	Надання невідкладної допомоги
Основний етап.	Хворим, які привиті від правця: Вводимо 0,5 мл. ППА. Хворим, які не привиті від правця: Вводимо 1 мл. ППА Вводимо 3 тис МО ППС. Ревакцинація через 1 місяць – 0,5 мл. ППА. Ревакцинація через 9 місяць – 0,5 мл. ППА. Всі ін'єкції проводимо після відповідних проб за Безредько!	

Завершальний етап.	Заповнити документацію	

5. Етапна санація гнійної рани.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Оснащення:

1. Стерильний столик перев'язувальної медсестри.

Бікси, стерильний перев'язувальний матеріал, 3—4 хірургічні пінцети, антисептичні розчини (70 % розчин етилового спирту, 1 % розчин йодонату), бинти, ножиці Купера, Лістера, лейкопластир. Ниркоподібний лоток – 2 (для стерильного та відпрацьованого матеріалу). 1 % розчин бетадіну.

3% розчин перекису водню, 0,9% фізіологічний розчин.

Антисептики, гідрогель, Вак апарат.

Ножиці.

Гумові рукавички.

Показання: Гнійна рана.

Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	1. Пояснити пацієнту хід маніпуляції та отримати згоду на її проведення. 2. Запропонувати пацієнту лягти на перев'язувальний стіл і допомогти йому прийняти відповідне положення. 4. Одягнути халат, шапочку, маску, окуляри. 5. Помити руки під проточною водою з милом, осушити, одягнути стерильні гумові рукавички. 6. На бірочці перевірити час накриття стерильного столу, відкрити стіл та за допомогою корнцангу взяти зі столу стерильні інструменти, перев'язувальний матеріал в ниркоподібний лоток.	
Основний етап.	1. Огляд рани і прилеглих тканин. 2. Встановити стадію ранового процесу. 3. Оглянути форму рани, її краї (рівні, припідняті, підриті). 4. Звернути увагу на виділення з рани (серозні, гнійні, гнійно-кров'янисті), їх консистенцію, колір, кількість, запах. 5. Розрізати ножицями брудну поверхню на відстані від рани. 2. Відмочити антисептичним розчином нижні шари пов'язки, за допомогою пінцету зняти їх (пінцет викинути в лоток для відпрацьованого матеріалу). 3. Забрати марлевими серветками гній, який є навколо рани, викинути. - Обробити шкіру етиловим спиртом, краї рани або змастити бетадином. 4. Промити рану розчином антисептика, осушити і висікти некротичні тканини ножицями 3. Замінити пінцет на стерильний.	

	4. Продезінфікувати використане обладнання. У фазі гідратації: 1. Стерильним пінцетом захоплюємо марлеву кульку, змочуємо в розчин бетадину і проводимо обробку країв рани. 2. Рану промиваємо перекисом водню за допомогою пінцета і марлевої кульки. Висушуємо рану. 3. Проводимо огляд і ревізію рани. Видаляємо стерильними інструментами некротичні тканини, гній, розкриваємо гнійні кишені. Ставимо дренажі. 4. Повторно промиваємо рану хлоргекседином. Висушуємо. 5. На рану накладаємо антисептик, некролітик (по потребі). Фіксуємо пов'язку. 6. Використаний матеріал викидаємо в ниркоподібний лоток. 7. Повязку проводимо 1 або 2 рази на добу. У фазі дегідратації: 1. Стерильним пінцетом захоплюємо марлеву кульку, змочуємо в розчин йодонату і проводимо обробку країв рани. 2. Рану промиваємо антисептика за допомогою пінцета і марлевої кульки. Висушуємо рану. 3. Проводимо огляд і ревізію рани. 4. Шпателем на стерильну салфетку наносимо мазь. Накладаємо мазеву пов'язку. Фіксуємо пов'язку. 5. Використаний матеріал викидаємо в ниркоподібний лоток. 7. Повязку проводимо 1 раз на 1-2 доби.	

6. Визначення груп крові за системою АВО з допомогою цоліклонів анти-А та анти-В

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна.

Оснащення: Стерильні марлеві кульки. 96% етиловий спирт.

Стерильний скарифікатор. Стерильні скляні скельця, палички.

Цоліклони анти – А та анти – В.

Тарілка для визначення груп крові. Піпетки –2 шт. Розчинники ідентичні для обох цоліклонів.

Ножиці – 1 шт. Рукавички – 2 пари. Окуляри, фартух, ємність з антисептиком для дезінфекції відпрацьованого матеріалу.

Пісочний годинник - 1 шт.

Посуд для використаного матеріалу

Показання: Гемотрансфузії, Втрата крові. Анемія.

Протипоказання: Термінальні стани. Гостра полі органна недостатність.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап.	Одягти халат, шапочку, маску, окуляри, фартух. Помити руки під проточною водою з милом, витерти рушником. Одягнути дві пари стерильних гумових рукавичок. З фаланги четвертого пальця правої руки хворого взяти краплю крові (на предметне скло).	Забезпечення принципів асептики і антисептики. Переливання крові.
Основний етап.	Розкрийте ампули цоліклонів анти-А та анти-В і дві ампули з розчинниками, змішайте та дочекайтесь повного розчинення. Нанесіть на обезжирену емальовану тарілку краплину цоліклону анти-А та анти-В. Додайте до них в 10 разів меншу краплину крові пацієнта у співвідношенні 10:1. Змішайте кров з цоліклонами за допомогою скляних паличок. Оцініть результат через 2 – 3 хвилини при денному освітленні. Продезінфікуйте посуд та обладнання. Якщо немає аглютинації ні з цоліклоном анти –А, ні з цоліклоном анти –В – I група крові. Оцінка результату через 3 хв.: Якщо є аглютинація з цоліклоном анти-А, а з цоліклоном анти –В немає аглютинації – II група крові. Якщо є аглютинація з цоліклоном анти –В, а з цоліклоном анти –А немає аглютинації - III група крові. Якщо є аглютинація з цоліклонами анти- А і анти –В – IV група крові.	
Завершальний етап.	Заповнити документацію	

7. Визначення резус фактора.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Оснащення:

Стерильні марлеві кульки. 96% етиловий спирт.

Стерильний скарифікатор. Стерильні скляні скельця, палички. Антирезусна сироватка

Посуд для використаного матеріалу.

Показання: Гемотрансфузії, Втрата крові. Анемія..

Протипоказання: Термінальні стани. Гостра поліорганна недостатність.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап.	Одягти халат, шапочку, маску, окуляри, фартух. Помити руки під проточною водою з милом, витерти рушником. Одягнути дві пари стерильних гумових рукавичок. З фаланги четвертого пальця правої руки хворого взяти краплю крові (на предметне скло).	Забезпечення принципів асептики і антисептики. Переливання крові.
Основний етап.	Розкрийте антирезусну сироватку. Нанесіть на обезжирену емальовану тарілку краплину антирезусної сироватки Додайте до них в 10 разів меншу краплину крові пацієнта у співвідношенні 10:1. Змішайте кров з сироваткою за допомогою скляних паличок. Оцініть результат через 2 – 3 хвилини при денному освітленні.	
Завершальний етап	Продезінфікуйте посуд та обладнання Заповнити документацію	

8. Проба на індивідуальну сумісність крові донора та реципієнта.

Місце проведення: операційна, перев'язувальна, маніпуляційна.

Оснащення:

Пробірка з відстояною кров'ю. Чашка Петрі. Флакон із кров'ю донора. Фізіологічний розчин 0,9%. Скляна паличка.

Показання: Гемотрансфузії, Втрата крові. Анемія.

Протипоказання: Термінальні стани. Гостра поліорганна недостатність.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Одягнути халат, шапочку, маску, окуляри, фартух. Помити руки під проточною водою з милом, витерти рушником. Одягнути дві пари стерильних гумових рукавичок.	Забезпечення принципів асептики і антисептики. Переливання крові.
Основний етап	З вени хворого взяти 10 мл крові, відцентрифугувати або дати відстоятися. На обезжирену чашку Петрі нанесіть краплину сироватки пацієнта. 2. Додайте до неї в 10 разів меншу краплину крові донора (з флакона). 3. Змішайте сироватку з кров'ю скляною паличкою. 4. Через 5 хвилин додайте в чашку Петрі 1 краплину фізіологічного розчину, почекайте 1 хв. Якщо аглютинація не відбулася - кров донора і реципієнта сумісні за групою крові. Якщо є аглютинація – кров не сумісна. Зробіть відмітку у відповідному журналі.	

Завершаний етап.	Оснащення. Пробірка з сироваткою реципієнта. Флакони (пакет) із кров'ю донора. Піпетки 2шт. Шприц з голкою – 1 шт. Скляна паличка – 1шт. Ножиці – 1шт. Спирт. Рукавички, окуляри, фартух. Пісочний годинник. Мікроскоп. Предметне скло. Ємність з антисептиком для дезинфекції відпрацьованого матеріалу. На чашку Петрі нанесіть краплю сироватки реципієнта, поряд краплю крові донора у співвідношенні 10:1. Кутом предметного скла або скляною паличкою змішайте сироватку крові реципієнта і кров донора чашку Петрі накрийте кришкою і поставте на водяну баню на 10 хв. при температурі 45- 48 0 С. Результат оцінює лікар. Якщо аглютинації немає- кров донора і реципієнта сумісна за резус-фактором. (можна проводити біологічну пробу). 5. Продезінфікуйте обладнання та посуд. Заповнити документацію.	

9. Проведення біологічної проби.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна.

Оснащення: Одноразова система для переливання. Штатив. Флакон із кров'ю. Спирт. Ватна кулька. Лоток. Джгут.

Показання: Гемотрансфузії, Втрата крові. Анемія.

Протипоказання: Термінальні стани. Гостра поліорганна недостатність.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Одягти халат, шапочку, маску. Заповнити систему. Помити руки. Одягти рукавички. Підготувати хворого. Хворому спорожнити сечовий міхур.	Забезпечення принципів асептики і антисептики. Переливання крові.
Основний етап	Провести венепункцію. Підключити систему для переливання крові. Кров у кількості 15-25 мл. переливається струйно. Перекриваєм систему. Спостерігаємо за хворим 3-5 хвилин. Так повторюємо 3 рази. При негативній пробі встановлюємо крапельне переливання крові (30 крапель за хвилину). Флакон з залишками крові зберігаємо впродовж 1 доби. При позитивній біологічній пробі негайно	

	припиняємо переливання, викликаємо лікаря. Від'єднуємо систему. <u>Із вени не виходимо !!!!!</u> Відтягуємо кілька шприців крові з вени. Вводимо за призначенням лікаря дексаметазон, дімедрол, хлористий кальцій.	
Завершальний етап.	Заповнити документацію.	

10. Накладання колосовидної пов'язки на плечовий суглоб.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Палата.

Оснащення: Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).

Показання: Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.

Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).	Операційна і не операційна хірургічна техніка.
Основний етап	Поясніть, будь-ласка, пацієнту зміст маніпуляції, яку Ви будете виконувати. Посадіть пацієнта на стілець обличчям до себе. Голівку бинта візьміть у праву руку, а кінець бинта – у ліву руку. Зробіть перші два закріплюючі тури у верхній третині плеча. Третій тур бинта спрямуйте по передній поверхні грудної клітки до підпахвинної ямки здорової сторони, і повернувши його на задню поверхню грудної клітки, проведіть його у поперечному напрямку паралельно попередньому ходу, на плече. Четвертий тур бинта обведіть навколо верхньої третини плеча та спрямуйте на передню третину плечового суглобу на 1/3 вище попереднього. Повторіть тури бинта до повного закриття ділянки плечового суглобу та надпліччя. Зафіксуйте пов'язку на грудній клітці спереду булавкою, або зав'яжіть на верхній третині плечового суглобу. Дайте, будь-ласка, пацієнту пораду про його	

Завершальний етап	поведінку при даному виді пов'язки. Заповнити документацію	

11. Накладання пов'язки Дезо.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Палата. Оснащення:

Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).

Показання: Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу. Протипоказання:

Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап. Основний етап.	Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см). Поясніть, будь-ласка, пацієнту зміст маніпуляції, яку Ви будете виконувати. Посадіть пацієнта на стілець обличчям до себе. У підпахвинну впадину враженого боку покладіть ватно-марлеву подушечку товщиною 5 сантиметрів. Накладіть перший, циркулярний закріплюючий тур, пробинтувавши плече в середній третині до тулуба. Зігніть передпліччя у ліктьовому суглобі під прямим кутом і всю руку приведіть до грудної клітки. Виконайте другий тур бинта, який прямує від підпахвинної ямки здорової сторони у косому напрямку до надпліччя хворої; перейдіть через надпліччя назад і опустіть вниз по задній поверхні плеча.	Операційна і не операційна хірургічна техніка. Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.

Завершальний етап.	Третім ходом огинають ліктювий суглоб, з під ліктя бинт проходить по передньо – нижній стороні передпліччя, прибинтовується при цьому передпліччя і виходить через бокову поверхню здорової сторони на задню поверхню тулуба. Накладіть четвертий тур, спрямувавши бинт в косому напрямі по спині на надпліччя, поверніть його вниз по передній поверхні плеча, обхопивши лікоть знизу. Зафіксуйте пов'язку на грудній клітці спереду булавкою. Дайте, будь-ласка, пацієнту пораду про його поведінку при даному виді пов'язки. Заповнити документацію	

12. Накладання пов'язки лицарська рукавичка.

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Палата.

Оснащення: Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).

Показання: Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.

Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).	Операційна і не операційна хірургічна техніка. Рани.
Основний етап.	1. Поясніть, будь-ласка, пацієнту зміст маніпуляції, яку Ви будете виконувати. 2. Посадіть пацієнта на стілець обличчям до себе. 3. Накладіть перший закріплюючий тур вище променево – зап'ястного суглобу. 4. Для виконання другого туру проведіть косо бинт по тильній поверхні китиці до нігтевої фаланги великого пальця, закриваючи його зворотніми ходами. 5. Третій тур проведіть косо по тильній поверхні китиці в напрямку променево-зап'ястного суглобу і закріпіть його цьому ж місці, де знаходиться перший тур. 6. Четвертий і наступні тури виконайте так само, як і попередні, закривши при цьому всі вражені пальці китиці. 7. Зафіксуйте пов'язку на зап'ястку. 8. Дайте, будь-ласка, пацієнту пораду.	Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.
Завершальний етап.	Заповнити документацію.	

13. Накладання пов'язки «Чепець».

Місце проведення: Операційна. Перев'язувальна. Маніпуляційна. Палата

Оснащення: Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).

Показання: Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу. Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Поясніть, будь-ласка, пацієнту зміст маніпуляції, яку Ви будете виконувати.	Операційна і не операційна хірургічна техніка. Рани.
Основний етап.	- Посадіть пацієнта на стілець обличчям до себе. - Зробіть зав'язку, відрізавши ножицями смужку бинта довжиною 80 – 90 см. - Середню частину смужки бинта прикладіть до тім'яної ділянки, а кінці опустіть донизу попереду вушних раковин та запропонуйте пацієнту тримати зав'язку у натягнутому стані. - Візьміть голівку бинта у праву руку, а кінець бинта – у ліву руку. - Зробіть перший, закріплюючий тур бинта, навколо голови захопивши при цьому лобний та зовнішній потиличний горби. - Розкрутіть бинт до найближчого кінця зав'язки, обведіть навколо нього і спрямуйте косо через чоло до протилежного кінця зав'язки. - Обведіть бинт навколо іншого кінця зав'язки і спрямуйте його косо через потилицю на протилежний бік. - Повторіть попередні тури бинта, покривши повністю склепіння черепа. - Закінчіть пов'язку накладенням циркулярного туру навколо голови. - Зав'яжіть кінці бинта навколо голови. - Звислі кінці зав'язки закріпіть вузлом під нижньою щелепою. - Відріжте ножицями надлишок бинта. - Дайте, будь-ласка, пацієнту пораду.	Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.
Завершальний етап.	Заповнити документацію.	

14. Накладання пов'язки «Вузечка».

Місце проведення: операційна, перев'язувальна, маніпуляційна, палата. Оснащення: Марлевий бинт (5*10, або 7*14 см).

Показання: Рани. Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу. Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Поясніть, будь-ласка, пацієнту зміст маніпуляції, яку Ви будете виконувати.	Операційна і не операційна хірургічна техніка. Рани.
Основний етап.	Посадіть пацієнта на стілець обличчям до себе. Зробіть навколо голови перший та другий закріплюючі (циркулярні) тури бинта, захопивши при цьому лобний та зовнішній потиличний горби. Для накладення третього туру проведіть бинт від потилиці косо донизу на праву бокову поверхню	Поранення. Фіксація перев'язувального матеріалу.

Завершальний етап.	шиї під нижню щелепу. Четвертий тур проведіть вертикально догори попереду лівого вуха через тім'яний горбок і опустіть донизу попереду правого вуха під нижню щелепу. П'ятий тур виконайте так само як четвертий, але на тім'яній ділянці п'ятий тур накладіть на $\frac{1}{2}$ ширини попереду від четвертого. Шостий тур проведіть так само, як і два попередніх – у вертикальному напрямку. Для накладання сьомого туру проведіть бинт на задню поверхню шиї та накладіть горизонтальний тур, фіксуючи підборіддя. Для накладання восьмого туру проведіть бинт з-під нижньої щелепи під лівим вухом косо на потилицю над праве вухо, а далі – навколо голови. Виконайте дев'ятий, циркулярний хід бинта навколо голови, закріпивши ним попередній тур. 10. Зав'яжіть кінці бинта навколо голови. Відріжте ножицями надлишок бинта. Заповнити документацію	

15. Накладання еластичного бинта на нижню кінцівку.

Місце проведення: операційна, перев'язувальна, маніпуляційна, палата.

Оснащення: Еластичний бинт.

Показання: Профілактика і лікування хронічних венозних запальних процесів у до-і післяопераційний періоди, профілактика гематом, профілактика та лікування травм.

Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Психологічно підготуйте пацієнта. Поясніть доцільність бинтування Отримайте згоду на його проведення . Вимийте, висушіть та зігрійте свої руки.	

Основний етап	1. Запропонуйте хворому зайняти горизонтальне положення і спокійно полежати 5-10 хвилин , краще зприпіднятим ножним кінцем . 2. Надайте кінцівці підвищеного положення з тильним згинанням кінцівки в гомілковостопному суглобі під кутом 90 градусів . 3. Здійсніть перший закріплюючий тур в ділянці флангів пальців, таким чином, щоб кінчики пальців та нігтьові ложа залишалися вільними . Зверніть увагу! 4 . Послідуючі тури повинні перекривати попередні на 1/2 або 2/3 . 5 . Контролюйте еластичність натягіння та тиск бинта . Максимальне розтягнення бинта та пов'язана з цим стискаюча дія повинні припасти на гомілку, а потім поступово еластичність натягіння - зменшують . 6. Бинтування здійснюють доки не пройдуть ділянку ураження і продовжують ще на відстані 10-15 см вище змінених тканин вдовж осі кінцівки Еластичне бинтування краще здійснювати вранці не встаючи з ліжка .	
Завершальний етап	Заповнити документацію	

16. Визначення площі опікової поверхні за правилом «дев'яток» і правилом долоні.

Місце проведення: операційна, перев'язувальна, маніпуляційна, палата Оснащення:

Бинти, серветки.

Шафа з інструментами операційного блоку. Лоток.

Показання: Опіки.

Протипоказання: Термінальні стани.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Бинти. Серветки.	Надання невідкладної допомоги,

Основний етап	Хворому надати зручного положення. Опікову поверхню відкрити для візуального огляду. Ділянки тіла становлять відсотки: верхні кінцівки – по 9%; нижні кінцівки – по 18%; опік голови та шиї – 9%; передня поверхня тулуба – 18%; задня поверхня тулуба – 18%; промежина – 1%. !!! Правило долоні полягає в тому, що площа долоні становить 1% від усієї площі тіла. Вирахувати скільки є відсотків опікової поверхні. Записати вказавши ступінь опіку і відсотки. Поверхневий опік понад 24% і глибокий опік понад 12% вказують на загрозу розвитку опікової хвороби і власне опікового шоку. Негайно провести адекватне знеболення. Асептична пов'язка. Транспортування в стаціонар.	діагностичний етап.
Завершальний етап	Заповнити документацію	

17. Алгоритм надання допомоги при опіках.

Місце проведення: будь – де.

Оснащення: Марлева серветка – 2. Захисні окуляри. Гумові рукавички.

Показання: термічний опік.

Безпека рятівника — пріоритет у наданні першої допомоги.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета.	Оперативно відреагувати та надати адекватну першу допомогу при опіках.	
Підготовчий етап.	1) переконатися у відсутності небезпеки; 2) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання; 3) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги; 4) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації; 5) якщо у постраждалого опіки першого і/або другого ступеня:	

Основний етап.	Негайно зупиніть контакт з джерелом опіку. Обробіть рану прохолодною водою чи водою кімнатної температури. <u>Не прикладайте до рани лід - це категорично заборонено.</u> <u>Не обробляйте уражену поверхню шкіри жодними кремами чи жирними речовинами.</u> Зніміть будь-який одяг або прикраси, які знаходяться поблизу ділянки опіку. Але не чіпайте речей, які прилипли до ураженої шкіри. Прикрийте рану стерильною пов'язкою. Дайте потерпілому випити води, щоб зменшити інтоксикацію та уникнути зневоднення. Можна також дати знеболювальний лікарський засіб, наприклад парацетомол чи ібупрофен, які використовують для полегшення болю будь-якого типу та інтенсивності. Отпимальна поза для людини з опіком обличчя або очей, - сидяча. Це допоможе зменшити набряк. Якщо у постраждалого опіки третього і/або четвертого ступеня: - накрити місце опіку чистою, стерильною серветкою; - за наявності ознак шоку надати постраждалому протишокове положення; - не використовувати при опіках мазі, гелі та інші засоби до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; - при опіках, викликаних хімічними речовинами, місце враження постійно промивати чистою водою кімнатної температури до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; - забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; - при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги. Пацієнти з великою площею опіків особливо схильні до переохолодження. У такому випадку необхідно запобігти втраті тепла організмом, зігріти постраждалого, накрити ковдрою, теплим одягом тощо.	

18. Алгоритм надання допомоги при переохолодженні, відмороженні.

Переохолодження/відмороження може виникнути при таких обставинах: тривалий вплив холоду, вітру, підвищеної вологості на особу в тісному або мокрому взутті, нерухомому положенні;

незадовільний загальний стан постраждалого (хвороба, виснаження, алкогольне сп'яніння, крововтрата тощо).

Місце проведення: будь – де.

Оснащення: Марлева серветка – 2. Захисні окуляри. Гумові рукавички.

Показання: переохолодження, відмороження.

Безпека рятівника — пріоритет у наданні першої допомоги.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета.	Оперативно відреагувати та надати адекватну першу допомогу при відмороженні.	
Підготовчий етап.	1) переконатися у відсутності небезпеки; 2) провести огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання; 3) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги; 4) якщо у постраждалого відсутнє дихання, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації;	
Основний етап.	1) При можливості усунути дію холоду: перемістити постраждалого в тепле приміщення, зняти мокрий одяг. Взуття та одяг знімати обережно, без зусиль, щоб не ушкодити вражені ділянки тіла (краще розрізати взуття та одяг); 2) Якщо постраждалий у свідомості, зігріти його: проводити загальне зігрівання постраждалого, з цією метою слід давати постраждалому безалкогольні гарячі напої. Не рекомендується інтенсивне розтирання і масаж відмороженої частини тіла; 3) накласти на ушкоджену ділянку чисту пов'язку; 4) забезпечити нерухомість переохолоджених пальців, кистей і стоп. При необхідності виконати іммобілізацію за допомогою імпровізованих або стандартних шин; 5) Якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання, перевести у стабільне положення; 6) накрити постраждалого термопокривалом/ковдрою; 7) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; 8) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги. При обмороженні КАТЕГОРИЧНО ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ: Одразу зігрівати ушкоджену ділянку в гарячій воді – це може призвести до тромбозу спазмованих судин та значно ускладнити	

	ступінь порушення кровообігу та глибину некрозів (змертвілих тканин); Зігрівання біля відкритого полум'я – призводить до розвитку глибоких пошкоджень через нерівномірне прогрівання тканин з поверхні в глибину; Розтирати обмороженні ділянки снігом, бо його кристалики - тверді часточки і можуть викликати появу мікротравм (садно, подряпини), здатних стати вхідними воротами для інфекції.	

19. Алгоритм надання допомоги при утопленні.

Місце проведення: будь – де.

Оснащення: Марлева серветка – 2. Маска-плівка/маска-клапан.

Показання: утоплення.

Безпека рятувника — пріоритет у наданні першої допомоги.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета. Підготовчий етап.	Надання допомоги при утопленні. Передусім важливо переконатися, що порятунок інших не зашкодить вам самим — бережіть власне життя, не ризикуйте ним. Покличте на допомогу, якщо не впевнені у власних силах. Пам'ятайте, що надавати першу допомогу у воді можуть лише досвідчені рятувальники. Якщо людина, яку витягли з води, не реагує на вас, викличте екстрену медичну допомогу за номером 103.	Надання допомоги при утопленні.
Основний етап.	1. Перевірте, чи постраждалий дихає за принципом «чую, бачу, відчуваю»*. Якщо так: покладіть людину спиною на рівну, тверду поверхню; наскільки можливо вирівняйте голову і максимально розігніть шию постраждалого, висуньте нижню щелепу (якщо впевнені, що людина не зазнала травми хребта); очистіть ротову порожнину від видимих сторонніх об'єктів, наприклад, бруду, піску. * Прислухатися до дихання («чую»), подивитися, чи рухається грудна клітка («бачу»), відчутти, чи дихає людина, наблизивши до її рота щоку («відчуваю»). 2. Якщо постраждалий не дихає, виконайте 5 «рятувальних вдихів»: затисніть людині ніс та видихніть повітря їй у рот до підйому грудної клітки (якщо маєте, скористайтеся бар'єрним пристроєм: маскою-плівкою/маскою-клапаном); повторіть 5 разів.	

	Маленьким дітям штучне дихання можна проводити, одночасно вдуваючи повітря в рот та ніс. 3. Перевірте, чи з'явилося дихання. Якщо ні — розпочинайте натискання на грудну клітку: покладіть долоні (одна на одну) на середину грудної клітки постраждалого; випряміть руки в ліктях і натисніть на них масою власного тіла; зробіть 30 натискань; повторіть два штучні вдихи. 4. <u>Продовжуйте цикли «30 натискань — 2 вдихи»</u> Це треба робити до прибуття медиків або поки постраждалий не почне дихати самостійно. Якщо постраждала дитина, проводьте реанімаційні заходи у співвідношенні 15 натискань — 2 вдихи. 5. Якщо не маєте бар'єрного пристрою і не можете виконувати штучні вдихи «рот до рота», проводьте лише натискання на грудну клітку. 6. Якщо людина прийшла до тями до приїзду лікарів, її слід зігріти. Не залишайте постраждалого наодинці. За можливості накрийте його сухою теплою ковдрою і дочекайтеся прибуття медиків.	

20. Алгоритм надання допомоги при патології органів черевної порожнини.

Гострий живіт — клінічний синдром, який розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини і який часто потребує невідкладної хірургічної допомоги.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета. Підготовчий етап.	Причини «гострого живота»: - перитоніт; - гострий апендицит; - перфорація (прорив) виразки шлунка і кишки; - гострий холецистит і панкреатит; - перфорація жовчного міхура; - кишкова непрохідність; - токсичний мегаколон; - защемлення грижі; - гострі запальні процеси в придатках матки; - позаматкова вагітність; - травми живота, з розривом печінки, селезінки, які часто ускладнюються внутрішньочеревною кровотечею Клінічні прояви Початок таких захворювань гострий, раптовий, Стан різко погіршується, Можливе затьмарення свідомості. Артеріальний тиск знижується, пульс стає	Надання допомоги при гострих захворюваннях органів черевної порожнини.

Основний етап.	частим, слабкого наповнення. Провідними ознаками вважаються: біль, нудота, блювання, болючість і напруження м'язів передньої черевної стінки при натисканні на неї. Біль може виникнути раптово серед повного здоров'я, може початися поволі і лише через певний проміжок часу прийняти гострий характер. Біль спочатку локалізується в одній половині (частіше в правій), потім поширюється по всьому животу і може бути постійним, періодичним, нападоподібним або поступово наростати. Локалізація та поширення болю визначаються основним захворюванням. Негайне транспортування хворого лежачи в хірургічне відділення лікарні. Забезпечити хворому спокій. Покласти мішечок з льодом або холодною водою. Хворого не можна годувати, поїти, ставити очисні клізми, промивати шлунок, давати проносні, оскільки це може сприяти поширенню запального процесу. Категорично забороняється введення наркотиків, знеболювальних, спазмолітиків тощо.	

21. Серцево - легенева реанімація.

Місце проведення: будь – де. Оснащення:

Марлева серветка – 2. Захисні окуляри. Гумові рукавички. Целофановий пакет. Показання:

Клінічна смерть.

Протипоказання: людина в відомості (наприклад, наявні рухи) та/або дихає 2 або більше разів протягом 10 секунд; → якщо наявні очевидні ознаки смерті, як-от трупне розкладання, запах, залякання та травми, несумісні з життям (декапітація, важко деформована грудна клітка).

Невідкладний стан постраждалої людини може бути наслідком отруєння, травми або іншого зовнішнього чинника.

Не робіть СЛР за наявності навколо будь-яких загроз.

Безпека рятівника — пріоритет у наданні першої допомоги.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап.	Надати першу допомогу в невідкладній ситуації на першому етапі. (елементарна підтримка життя). Зупинка дихання, серцевої діяльності (клінічна смерть, термінальні стани). Будь – де. Марлева серветка – 2 Захисні окуляри. Гумові рукавички. Целофановий пакет.	Надання невідкладної допомоги. СЛР.
Основний етап.	1. Перевірте безпечність місця події. 2. Покличте на допомогу оточуючих. 3. Зателефонуйте 103.	

	4. Основні ознаки, за якими можна визначити зупинку серця: 5. Немає пульсу на великих артеріях. З метою визначення пульсу необхідно прикласти середній та вказівний пальці на сонну артерію на відстані 2-3 см. в бік від щитовидного хряща, що виступає на шиї. 6. Людина не дихає. Дихання можна перевірити, застосувавши прийом “ чую-бачу-відчуваю”. Тримавши одну руку на чолі потерпілого, іншу потрібно поставити на ділянку на межі між ребрами і животом, нахилитися вухом до обличчя потерпілого. Перевірити наявність дихання впродовж 10 с. (якщо за цей час людина вдихнула один раз, то вважається, що це неефективне дихання, якщо 2-5 разів, то це є нормальним диханням). 7. Розширені зіниці, які не реагують на світло. Наявність або відсутність реакції на світло визначається направленням променів ліхтаря у відкрите око потерпілого. Якщо зіниці звужуються, то реакція є. Якщо ж розмір зіниць не зменшується – реакція на світло відсутня. Реакцію на світло також можна перевірити закриванням і відкриванням ока потерпілого долонею. 8. Синій або сірий колір обличчя. 9. Непритомний стан. Настає через 4-5 с. з моменту зупинки серця і визначається за відсутністю реакції постраждалого на звуковий або тактильний подразник. 10. Відкрити рот. 11. Провести ревізію порожнини рота і видалити при потребі сторонні тіла. 12. Висунути нижню щелепу. 13. Проводити непрямий масаж серця : одна рука основою долоні кладеться на 2 поперечні пальці вище зчленування груднини з мечовидним відростком, (центр грудної клітки), над нею покладіть основу другої долоні так, щоб сформувати замок. Руки мають розташовуватися прямо та вертикально. У такому положенні здійснюйте ритмічні натискання глибиною в 5-6 см із темпом 100-120 компресій впродовж 1 хвилини. Після кожної компресії грудна клітка має звільнятися від тиску. Не спирайтесь на неї! Якщо є така можливість, чергуйтеся з іншими людьми, які вміють робити СЛР кожні 2 хвилини або частіше, щоб мати змогу відновити сили й надавати допомогу ефективно. 14. Якщо ви маєте відповідну підготовку та інструментарій, після кожних 30 компресій	

Завершальний етап.	потрібно здійснювати штучну вентиляцію легень. 15. Це можна робити в кілька способів: → рот у рот, якщо ви знаєте постраждалу людину та/або маєте з нею родинні зв'язки; → із захисним клапаном, що захищає рятівника від хвороб, що передаються повітряно-крапельним шляхом; → використовуючи спеціальні маски або мішки АМБУ. Зробити 2 контрольних вдихи. затиснути пальцями ніздрі хворого однією рукою, а другою підтримувати нижню щелепу; 16. Під час виконання звертайте увагу на характер дихання та рухи грудної клітки потерпілої людини. Важливо забезпечувати прохідність дихальних шляхів під час видихів, оскільки реанімація здійснюється на спині. У такому положенні язик може перекривати дихальні шляхи, коли людина без свідомості. 17. Дотримуйтесь співвідношення 30 до 2 — 30 натискань на грудну клітку на 2 штучних вдихи, які варто виконати не більше ніж впродовж 10 секунд. Ефективний вдих має припіднімати грудну клітку. 18. Кожні 5 етапів – контроль пульсу, дихання, ширини зіниць Реанімацію припиняємо: А. – Ознаки ефективної реанімації Звуження зіниць; Зміна кольору шкіри та слизових; Поява самостійних серцевих скорочень; Поява окремих дихальних рухів. Б. – Ознаки біологічної смерті: Трупні плями; Трупне залякання; Пом'якшення очних яблук; Сухість рогівки; Пігментні плями Лерме. Заповнення документації.	

22. Надання допомоги при відкритому пневмотораксі.

Місце проведення: будь-де, операційна, перев'язувальна, маніпуляційна, палата Оснащення:

Антисептичний розчин для обробки шкіри (йодонат 1%)

Перев'язувальний матеріал (кульки, серветки, бинт, церата або ПП), лейкопластир.

Інструменти: пінцети, рукавички.

Показання: Відкритий пневмоторакс.

Протипоказання: Агональний стан.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Мета.	Перевести відкритий пневмоторакс у закритий. Одягніть стерильні рукавички.	Надання невідкладної допомоги при відкритому пневмотораксі.
Основний етап	Покладіть серветку на рану і притисніть її. Обробіть шкіру навколо рани розчином антисептика. Є декілька різновидів оклюзійних пов'язок та оклюзійних грудних пластирів з клапаном. Оклюзійні пов'язки дають змогу швидко та надійно закрити відкритий пневмоторакс і відновити від'ємний тиск у плевральній порожнині, завдяки чому відбудеться розправлення легені та відновлення її функції. Також своєчасне застосування оклюзійної пов'язки зупиняє кровотечу, захищає ушкоджені ділянки тіла від тертя, ударів та інфікування рани. За відсутності стандартної оклюзійної пов'язки можна використати липкий пластир, оболонку з прогумованої тканини індивідуального пакета (накладати на рану внутрішньою стерильною поверхнею), поліетиленову або целофанову плівку, клейончасту прокладку тощо. Потрібно зафіксувати таку пов'язку навколо рани, що засмоктує повітря, лейкопластиром тільки з трьох боків, залишивши один її край вільним. Тоді пов'язка утворює односторонній клапан і не дає зовнішньому повітрю проходити через отвір рани в грудну клітку на вдиху та стискати легені і серце. Вона, створює умови для випуску його на видиху, що усуватиме пневмоторакс. Якщо після накладання оклюзійної пов'язки стан постраждалого погіршується, то її треба зняти (можливо пов'язка починає створювати напружений пневмоторакс). Зробіть знеболювання пацієнта.	
Завершальний етап	Заповнити документацію.	

23. Надання допомоги при напруженому пневмотораксі.

Мета: Переведення напруженого пневмотораксу у відкритий.

Оснащення. 1. Антисептики для обробки шкіри (йодонат 1 %). Етиловий спирт 70 %.

2. 0,5 % розчин новокаїну

3. Стерильні гумові рукавички.

4. Лейкопластир.

5. Стерильний шприц з голкою.

6. Стерильний тампон і серветки.

7. Голка для пункції довжиною 10 см і діаметром 1 мм з гумовою трубкою.

8. Фонендоскоп і тонометр.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета.	Загальний стан постраждалих у край тяжкий через розвиток гострої дихальної недостатності з	Зовнішній клапанний пневмоторакс виникає внаслідок утворення

Підготовчий етап.	блискавично наростаючою задишкою та значний розлад кровообігу. Про наявність клапанного пневмотораксу свідчить виражена підшкірна емфізема, яка швидко поширюється. Тому, хто надає домедичну допомогу, потрібно впевнено володіти такими навичками: швидко провести огляд постраждалого, визначити притомність, наявність дихання; викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги; за відсутності в постраждалого дихання, розпочати СЛР. Огляд грудної клітки. Перед оглядом та початком надання домедичної допомоги необхідно переконатися у відсутності небезпеки на місці події для себе та постраждалого від травмувального чинника, що вже діяв, загрози від зовнішнього середовища та загрози від пораненого і тільки після цього надавати йому допомогу. Оптимальне положення постраждалого перед оглядом та початком надання домедичної допомоги — напівсидячи (на підлозі або на землі). Його треба попросити помовчати, не поїти і не годувати. Лікування напруженого пневмотораксу — це негайна голкова декомпресія шляхом введення голки з великим отвором (наприклад, калібру 14 або 16) у другий міжреберний простір по середньоключичній лінії. Для голкової декомпресії можна використовувати як 5й міжреберний проміжок (МРП) на передній пахвовій лінії, так і 2й МРП на серединно-ключичній лінії. Якщо використовується серединно-ключична ділянка введення – не вставляйте голку на середину міжсоскової лінії. Комплект голки/катетера слід вводити під прямим кутом до стінки грудної клітки якомога ближче до верхнього краю нижчерозташованого ребра на всю довжину до паску і залишити на 5-10 с для забезпечення проходження декомпресії. Після проведення голкової декомпресії вийміть голку та залиште на місці катетер, асептична повязка. Голкова декомпресія вважається вдалою, якщо: Дихальна недостатність усувається, або Помітний шиплячий звук виходу повітря з грудної клітки за проведення голкової	клапана із м'яких тканин ранового каналу грудної стінки. На вдиху він відкривається і повітря надходить у плевральну порожнину, на видиху краї рани сходяться і перекривають вихід повітря. Внутрішній клапанний пневмоторакс утворюється за одночасного ушкодження бронха і виникнення клаптикової рани легені, яка і є клапаном. На вдиху повітря із рани легені теж проникає в плевральну порожнину, а на видиху цей клапан не випускає його через цю рану. Відповідно при кожному наступному вдиху об'єм повітря в плевральній порожнині зростає, що спричиняє зростання внутрішньоплеврального тиску і зміщення органів середостіння у здоровий бік. Наслідком стає різке зменшення легеневої вентиляції і настання гострої дихальної недостатності та розлад серцево-судинної системи.

	декомпресії (може бути важко помітити у шумному оточенні), або Насиченість гемоглобіну киснем зростає до 90% чи більше (може зайняти декілька хвилин і не відбуватися на високогір'ї), або У пораненого без ознак життя відновлюється свідомість та/або периферичний пульс.	

24. Надання допомоги при гострих порушеннях дихання.

Мета: Відновлення і забезпечення прохідності дихальних шляхів.

Забезпечення - носогорловий повітровід.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Мета.	Відновити прохідність дихальних шляхів.	При непрохідності дихальних шляхів повітря не надходить до легень (такий стан називають асфіксією), кров не збагачується киснем. У зв'язку з цим, уміння відновлювати і забезпечувати прохідність дихальних шляхів є обов'язковою навичкою.
Підготовчий етап.	Під час першого контакту з потерпілим при наданні домедичної допомоги, визначається рівень притомності, запитавши в нього: «Як почувашся? Де болить?» Якщо потерпілий відповідає, значить, дихальні шляхи в нього прохідні.	
Основний етап.	Алгоритм оцінки дихання і відновлення прохідності дихальних шляхів. Встань на коліна поряд із потерпілим так, щоб твої коліна знаходилися біля його плечей. Між тобою і потерпілим повинно залишитися досить місця, щоб ти міг перекотити його до себе. Підними руку потерпілого, яка знаходиться ближче до тебе, і поклади її за його голову. Поправ ноги потерпілого так, щоб вони лежали поруч і прямо (чи майже прямо). Поклади одну свою руку під голову і шию потерпілого. Цією рукою ти підтримуватимеш його голову, поки його перевертатимеш. Вільною рукою потягни через спину потерпілого і вхопись за одяг в районі його пахової западини. Спокійно і рівномірно потягни потерпілого за одяг на себе. Підтримуй голову і шию потерпілого на одному рівні з торсом і перевертай його. Переверни потерпілого цілком, підтримуючи його голову і шию на одному рівні. Після того, як потерпілий перевернутий на спину, поклади його руки уздовж тулуба. Згідно алгоритму відновлення прохідності дихальних шляхів, повинен: 1). Встати на коліна на рівні плечей потерпілого. 2). Покласти одну руку йому на лоб і твердо натиснути долонею, закидаючи його голову назад, доклавши другу руку під шию. При цьому відбувається часткове відкривання рота, а іноді і відвисання підборіддя.	

	3). Потім двома руками захопити нижню щелепу за кути щелепи, ще більше трохи відкрийте рот і виведіть нижню щелепу вперед. 4). Рухати підборіддя вперед до тих пір, поки верхні і нижні зуби майже зіткнуться. Рот не має бути закритий, оскільки це може завадити диханню, якщо носові дихальні шляхи блоковані або пошкоджені. Якщо потрібно, великим пальцем можна злегка притиснути нижню губу потерпілого, щоб тримати його рот відкритим. Техніка введення носогорлового повітроводу Носогорловий повітровід — це м'яка, еластична трубка, яка вставляється в ніс потерпілого для забезпечення проходу повітря. Цей повітровід може бути використаним у притомних потерпілих, оскільки не стимулює блювотний рефлекс. Якщо є ознаки травми обличчя чи голови, носогорловий повітровід не використовують. Добирання для потерпілого носогорлового повітроводу. Виберіть повітровід, який приблизно відповідає діаметру ніздрі потерпілого. Можете використати мізинець пораненого як показник (відповідає приблизно діаметру ніздрі). Упевніться, що довжина трубки відповідає довжині <u>від кінчика носа до мочки вуха</u>. Не використовуйте повітровід, якщо він не підходить за розміром. Введення носогорлового повітроводу. Працюйте в рукавичках. Оберіть найбільший діаметр повітроводу, що може бути встановлений у ніздрю потерпілого без застосування сили. Виміряйте довжину трубки від кінчика носа потерпілого до мочки його вуха. Змастіть зовнішню частину трубки лубрикантом на водній основі. Тримайте голову потерпілого в нейтральному положенні, розкрийте носовий отвір потерпілого, для цього натисніть на кінчик носа пораненого. Зазвичай для першої спроби використовують праву ніздрю. Вставте повітровід через ніздрю, доки фланець не розміститься рівно на ніздрі потерпілого. Ніколи із силою не штовхайте повітровід. Якщо ви відчуваєте опір, витягніть повітропровід і спробуйте вставити його в іншу ніздрю. Якщо не вдається ввести повітропровід у жодну ніздрю, укладіть потерпілого в положення на бік. Зафіксуйте повітропровід за допомогою шматочка липкої стрічки.	

	Далі можна безпечніше продовжувати первинний і вторинний огляд, скільки носогорловий повітровід не дозволить запасти язика. Якщо постраждалого потрібно залишити, слід перевести його в положення на бік.	

25. Оцінка стану постраждалого за алгоритмом MARCH.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
1M — Massive Bleeding, масивна кровотеча.	1.1. Визначити наявність масивної кровотечі з рани кінцівок. Найпростішими та характерними ознаками масивної кровотечі з ран кінцівок є пульсуючий характер витікання крові й/або калюжа крові, яка швидко збільшується. 1.2. Оглянути постраждалого щодо видимої зовнішньої кровотечі з інших місць та зупинити її, якщо буде потрібно. 1.3. Накласти джгут якнайшвидше та якомога щільніше. Місце накладання має бути на 5-7 см вище від джерела масивної кровотечі. Якщо неможливо швидко визначитись із місцем витікання крові, накласти джгут якомога вище прямо поверх одягу. Переконатись у відсутності подальшої кровотечі та дистального пульсу на ураженій кінцівці. Надписати час накладання джгута на всіх його сторонах незмивним маркером. 1.4. Якщо з анатомічних причин накласти турнікет неможливо, виконати прямий тиск на рану з подальшим тугим тампонуванням рани бинтом, просякнутим контактним гемостатиком (каолін, хітозан) або стерильним перев'язувальним матеріалом. Продовжувати прямий тиск на рану поверх тампона протягом щонайменше 3 хв. Якщо цього недостатньо, використати другий бинт з контактним гемостатиком. Після виконання маніпуляції переконались у відсутності кровотечі та накласти поверх рани компресійну пов'язку. Обов'язковим є контроль наявності дистального пульсу на ураженій кінцівці.	
2A — Airways, дихальні шляхи.	2.1. Оцінити прохідність верхніх дихальних шляхів у постраждалого. 2.2. У разі непрохідності дихальних шляхів або загрози її виникнення слід: • висунути нижню щелепу; застосувати назофарингеальний повітровід (носоглоткову трубку). Якщо в постраждалого прогресуюче порушення дихання, поранення грудей або запідозрене закриті пошкодження порожнин тіла, потрібно припускати розвиток напруженого пневмотораксу (прогресивного накопичення повітря і або газу в плевральній порожнині з одночасним підвищенням тиску в ній) і виконати плевральну	

3. R — Respiration, дихання.	декомпресію (зменшення тиску в плевральній порожнині) у другому міжреберному проміжку за допомогою декомпресійної голки або катетера 14 G завдовжки не менше 8-ми сантиметрів. Переконатися, що точка введення голки розміщена латеральніше від серединно-ключичної лінії і голка не спрямована в бік серця. Прийнятна альтернативна точка введення голки — у 4-5-му міжреберному проміжку попереду від середньої пахвинної лінії. Усі відкриті рани грудної порожнини та/або рани, що всмоктують повітря, слід негайно герметизувати спеціальною наклейкою з клапаном. Якщо наклейка з клапаном відсутня, використовувати спеціальну наклейку без клапана. Спостерігати за постраждалим на предмет розвитку напруженого пневмотораксу. Якщо в постраждалого наростає гіпоксія, прогресує порушення дихання або розвивається гіпотензія і напружений пневмоторакс, слід підняти або повністю видалити наклейку, або ввести декомпресійну голку. Визначити ознаки гіповолемічного шоку (стану, який виникає внаслідок зменшення об'єму циркулюючої крові). Найпростішими методами швидкого визначення гіповолемічного шоку є відсутність пульсу на променевій артерії і/або погіршення свідомості за відсутності черепно-мозкової травми. Якщо постраждалий у стані шоку, необхідно:• ввести розчини крохмалів, якщо вони наявні;• ввести інші колоїдні розчини або лактат Рінгера, якщо вони наявні;• проводити огляд постраждалого після кожного введення 500 мл розчинів;• продовжувати інфузійну терапію (крапельне введення, вливання внутрішньовенно або під шкіру лікарських засобів та біологічних рідин з метою нормалізації водно-електролітного, кислотно-лужного балансу організму) до появи відчутної пульсації на променевій артерії, покращення стану притомності або підвищення систолічного артеріального тиску до 80-90 мм рт. ст.;• припинити введення рідини, коли один або кілька з вищевказаних пунктів буде досягнуто.	
4. C — Circulation, кровообіг.	У разі черепно-мозкової травми слід проводити інфузійну терапію, достатню для підняття артеріального тиску не менше 90 мм рт. ст. Також важливо не допустити переохолодження постраждалих, використовуючи для цього табельні (термопокривало) та підручні засоби. Постраждалим із середньоважкою / важкою	

5. Н - Head injury / Hypothermia, черепно-мозкова травма / гіпотермія.	черепно-мозковою травмою, за можливості, необхідно проводити інгаляцію кисню для підтримки рівня кисню в крові понад 90 %.	

26. Виконання тимчасової зупинки кровотечі за допомогою джгута САТ

Оснащення: турнікет САТ, спиртовий маркер, ручка, або будь який інший засіб для фіксації часу накладання турнікету

Місце проведення: навчально-тренувальний центр.

Показання: масивна кровотеча, відрив верхньої або нижньої кінцівки при пораненні.

Протипоказання: Поранення ший, внутрішня кровотеча, поранення в основі кінцівки.

Турнікет використовують тільки за умови реальної загрози життю травмованого, пораненого від масивної крововтрати. Турнікетом перетискають циркулярно в основні пораненої кінцівки на плечі, стегні якщо локалізація місця поранення точно не відома. Наявність двох кісток на передпліччі та гомілки не є перешкодою для зупинки кровотечі турнікетом. За першої нагоди перебування в безпечному місці слід негайно оглянути розташування кровоспинного турнікету, рану, куксу, визначити тривалість перетискання, його ефективність. За можливості застосовувати інші методи зупинки кровотечі (туге бандажування, тампонада, бандажування кукси). За необхідності перетиснути кінцівку турнікетом на 5-10 см вище рани, а накладений в «червоній» зоні турнікет зняти. Переконайтеся, що турнікет не на суглобі, не на місце перелому кістки. Не накладати турнікет на середню третину плеча та на верхню третину гомілки. Тут є небезпека ушкодження нервів.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Визначити ознаки пошкодження магістральних судин, відриву верхньої або нижньої кінцівки. Якщо є показання до накладання вибрати турнікет з упаковки	Травми. Рани. Поранення. Тимчасова зупинка зовнішньої масивної кровотечі
Основний етап		

1. Турнікет накладається вище місця кровотечі, відриву кінцівки. Оберніть ремінь турнікету навколо основи кінцівки і проведіть його кінець через внутрішній отвір пряжки. Туго затягніть.



2. Проведіть кінець ременя через зовнішній отвір пряжки. Рухома пряжка заблокує фіксатор в правильному положенні.



3. Туго затягніть фіксатор і закріпіть ремінь за допомогою ремня з Velcro®.



4. Обертайте стержень-закрутку двома руками до моменту зупинки пульсуючої цівки крові з рани та до зникнення пульсу на дистальній артерії.



Завершальний
етап

5. Заведіть кінець стержня-закрутки в блокуючу скобу. За можливості перевірте пульсацію на дистальній артерії.



6. При правильно накладеному джгуті масивна кровотеча припиняється і дистальний пульс (на зап'ястку на руці або знизу-позаду внутрішньої кісточки на нозі) не визначається. Кінцівка не має набрякати та набувати синюшного відтінку. Якщо кровотеча не зупинилася, або ви все ще відчуваєте пульс, не затягуйте турнікет сильніше, а накладіть другий над першим, щоб зменшити ушкодження м'язів та нервів. Також використовуйте додатковий турнікет, якщо з часом кровотеча відновилася.



Зафіксуйте час накладання турнікету. Запишіть час на білій стрічці «TIME» чи за небезпечних обставин кров'ю залиште мітку на видимій частині тіла пораненого (на чолі) - велику літеру „Т” (турнікет), яка є сигналом персоналу, що пораненому накладений турнікет. Не закривайте турнікет пов'язками, одягом!



Слідкуйте за пораненим до прибуття парамедиків або якщо подія трапилась в зоні бойових дій чекайте евакуації.

Часто поранені намагаються послабити джгути, які викликають надзвичайно сильний біль. Введіть знеболювальне.

В більшості випадків відносно безпечним є накладення турнікету протягом 2 годин. Слід прагнути, щоб протягом цього часу, кровотеча була зупинена іншими методами, або щоб поранений був евакуйований до хірургічного відділення. Якщо це не можливо, спробуйте послабити джгут на 30 секунд і оцініть стан пацієнта і чи не відновилась кровотеча (турнікет в небезпечних обставинах можуть накладати на венозну кровотечу). Якщо змін з боку свідомості, дихання, пульсу, вигляду шкіри немає, повторіть цей маневр тричі і кровотеча не відновилась, візуально оглянуту рану туго бандажувати (еластичним ізраїльським бандажем).

Якщо кровоспинний турнікет перетискав кінцівку понад 6 годин, не робіть спроб його зняти! Зняття турнікету після 6 годин з моменту його накладення має бути виконане тільки кваліфікованим медичним працівником або в операційній після ампутації нежиттєздатної кінцівки

27. Транспортна іммобілізація шийного відділу хребта за допомогою комірця (типу Philadelphia).

Оснащення: жорсткий шийний комірець

Місце проведення: навчально-тренувальний центр..

Показання: Підозра на пошкодження шийного відділу хребта.

Протипоказання: Деформації шиї. У дітей може бути кривошия, важкі ступені сколіозу, церебральний параліч з вираженою спастикою. У людей літнього віку можуть бути дегенеративні зміни хребта. Також при ожирінні 2-3 ступеня може бути неможливо підібрати розмір комірця.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Визначити наявність показань до накладання шийного комірця. Абсолютні показання:	Політравма. Падіння з висоти. ШТП. Перша допомога при травмах
Основний етап	✓ Політравма ✓ Закрита травма вище рівня ключиць. ✓ Порушення свідомості внаслідок травми чи гострого отруєння. ✓ Щелепно-лицева травма. ✓ Зміни конфігурації хребта або відчуття травмованим болем у шиї, спині Травмований без свідомості або з ознаками порушення свідомості 1. Визначити потрібний розмір. Покладіть долоню вздовж шиї травмованого  2. Запам'ятайте до якого пальця доходить лінія нижньої щелепи Приміряти долоню до комірця. Існує три розміри для дорослих – S, M, L, які приблизно відповідатимуть вимірюваному долонею розміру.	



3. Знерухомити голову і шию травмованого утримуючи її з протилежного боку для просування заднього клапана комірця.



4. Змінити руку, яка знерухомлює на протилежну сторону. Іншою рукою просунути задній клапан до кінця під потилицю



5. Накласти передній клапан тримаючи його за борозду для підборіддя.



5. Защипнути заціпки-липучки Velcro® з боків
Перевірити надійність фіксації, через
неможливість травмованим відкрити рот.

Завершальний
етап



При без свідомому стані перевірити надійність фіксації можна просунувши палець між комірцем і тілом. Якщо палець не проходить, фіксація надійна.



Транспортуйте травмованого до лікувального закладу якнайшвидше.

Якщо постраждалим з травмою хребта не вдається накласти шийний комір, то не використовуйте напівтвердий комір для фіксації шиї, оскільки він не гарантує повноцінної іммобілізації шийного відділу хребта. Додаткові опори та лямки для фіксації на щиті «Combi Carrier» є ефективнішими і надійнішим.

28. Транспортна іммобілізація вакуумною шиною

Оснащення: вакуумні шини різних розмірів

Місце проведення: навчально-тренувальний центр.

Показання: травматичні пошкодження верхніх або нижніх кінцівок, відкриті переломи, вогнепальні поранення, опіки.

Протипоказання: підозра на компартмент-синдром, порушення периферичного кровопостачання кінцівки

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Визначити наявність клінічних ознак пошкодження верхньої або нижньої кінцівки. Визначити показання до накладання вакуумної транспортної шини Обов'язково слід перевірити пульсацію судин дистальніше місця травми у визначених місцях.	Перша допомога при травмах
Основний етап	1. Витягнути шину з чохла, приготувати насос. Визначити потрібний розмір шини. Існує три розміри для дорослих – S, M, L. Їх обирають за тілобудовою травмованого. Визначити точний розмір можливо прикладанням шини до здорової кінцівки  2. Шину акуратно розпрямляють, щоб кульки полістеролу або іншого наповнювача рівномірно розподілились всередині інакше не буде виникати рівномірного моделювання шиною природних контурів суглобів. Утримуючи пошкоджену кінцівку обережно просувають розгорнуту шину під неї. Бажано, щоб при важких пошкодженнях кінцівки маніпуляцію проводили 2-3 медичних працівників.	



3. Кінцівку обгортають шиною та защіпають всі липучки-защіпки.



Завершальний
етап

4. В отвір збоку шини вставляють ПВХ трубку - коннектор.



5. Трубку-коннектор з'єднують з насосом, яким витягують повітря з шини. Насос від'єднують.



6. Обов'язково є повторна перевірка пульсації судин дистальніше місця травми у визначених місцях
Транспортуйте пацієнта до найближчого лікувального закладу, де є можливість провести рентгенологічне обстеження

III. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

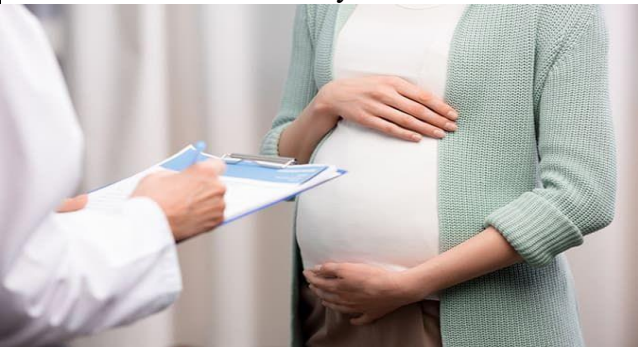
1. Збір акушерсько - гінекологічного анамнезу

1. **Місце проведення:** жіноча консультація (ЖК), акушерський і гінекологічний стаціонар, амбулаторія загальної практики та сімейної медицини (ЗПСМ), навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.

2. **Оснащення:** обмінна карта (форма № 113/о), індивідуальна карта вагітної та породіллі (форма № 111/о), медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о), історія вагітності та пологів (форма № 096/о), кушетка.

3. **Показання:** отримання суб'єктивних даних про стан здоров'я на даний момент та інформації про попередні роки життя; виявлення факторів ризику гінекологічних захворювань та перинатального періоду.

4. **Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
Основний етап	Дотримуватись морально-етичних норм та послідовності при зборі акушерсько-гінекологічного анамнезу. 	Забезпечення ефективності виконання обстеження. <u>Важливо!</u> При розмові з вагітною жінкою слід обережно розпитувати дані анамнезу, особливо про інтимні моменти життя, ускладнення протягом попередніх вагітностей та пологів.
	1) Менструальна функція 1. В якому віці вперше з'явилася менструація (менархе), її перебіг? 2. Чи одразу встановився регулярний менструальний цикл? 3. Тип менструацій: тривалість менструального циклу, тривалість менструації, кількість втраченої крові (рясні, помірні, скудні); наявність болю при менструації; наявність міжменструальних кров'янистих виділень. 4. Чи не було змін менструального циклу, пов'язаних з початком статевго життя, після пологів чи абортів, або без причин? 5. Дата першого дня останньої менструації.	Забезпечення достовірності зібраних даних стосовно менструальної функції пацієнтки.
	2) Статева функція 1. В якому віці почалося статеве життя? 2. Які методи контрацепції використовувались?	Забезпечення достовірності зібраних даних стосовно статевої функції пацієнтки.

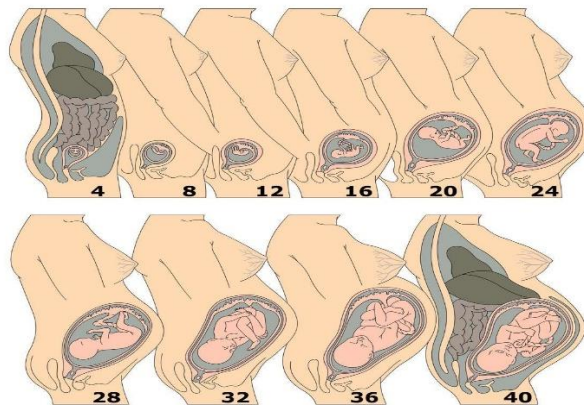
	3) Генеративна (дітородна) функція 1. Кількість вагітностей? 2. Результат кожної попередньої вагітності – пологи (термінові, передчасні), аборти (штучні, самовільні), позаматкова вагітність; особливості перебігу кожної вагітності при повторній вагітності: коли були попередні вагітності, як перебігали та чим завершилися (аборти, викидні, пологи, позаматкова вагітність, передчасні пологи); 3. Перебіг пологів (нормальні, ускладнені: кесарів розтин, акушерські щипці, родостимуляція, кровотеча); 4. Стан дітей при народженні та на теперішній час.	Забезпечення достовірності зібраних даних стосовно генеративної функції пацієнтки.
	4) Секреторна функція 1. Наявність виділень із статевих шляхів? 2. Їх характер (слизові, кров'яністі, гнійні, водяністі); кількість; запах.	Забезпечення достовірності зібраних даних стосовно секреторної функції пацієнтки.
Завершальний етап.	Допомогти жінці підвестись з кушетки.	Забезпечення умов виконання обстеження.
	Проаналізувати отримані дані.	Забезпечення достовірності проведеного обстеження.
	Внести отримані дані до відповідних розділів медичної документації.	Забезпечення документування проведеного обстеження.

2. Визначення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів

- Місце проведення:** кабінет лікаря ЖК, акушерський і гінекологічний стаціонар, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.
- Оснащення:** акушерський календар, обмінна карта (форма № 113/о), індивідуальна карта вагітної та породіллі (форма № 111/о), медична карта стаціонарного хворого (форма № 003/о), історія вагітності та пологів (форма № 096/о), кушетка.
- Показання:** визначення терміну вагітності, передбачуваної дати пологів, дати видачі листка непрацездатності у зв'язку із вагітністю і пологами, діагностика передчасних пологів і переносування вагітності.
- Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.

	Підготувати необхідне оснащення. 	Забезпечення можливості виконання обстеження.
Основний етап	• за першим зверненням у жіночу консультацію; • за датою першого ворухіння плода (першороділлі відчують перші рухи плода з 20-го тижня вагітності; жінки, що народжують повторно, приблизно на 2 тиж. раніше – з 18 тижня вагітності); • за овуляцією; • за даними УЗД в I триместрі (11-13 тиж.; за наявності КТР); • за ранніми ознаками вагітності, виявленими при бімануальному дослідженні (Гентера, Горвіца-Гегара, Піскачека, Снегірьова, Губарева і Гауса); • за висотою стояння дна матки: - 16 тиж. - посередині між лобком і пупком; - 20 тиж. - на два поперечних пальці (4 см) нижче пупка; - 24 тиж. - на рівні пупка; - 28 тиж. - на два поперечних пальці (4 см) вище пупка; - 32 тиж. - посередині між пупком і мечоподібним відростком; - 36 тиж. - на рівні мечоподібного відростка груднини і реберних дуг; - 40 тиж. - на 2 поперечних пальці нижче мечоподібного відростка.	Забезпечення ефективності виконання процедури.



Встановлення передбачуваної дати пологів за формулою Негеле: від першого дня останньої менструації віднімають 3 місяці і додають 7 днів.

За допомогою акушерського календаря (при регулярному менструальному циклі): зазначити стрілкою на диску акушерського календаря 1-ий день останньої менструації, визначити термін вагітності на даний момент та передбачувану дату пологів (відповідає позначці 40 тижнів вагітності).

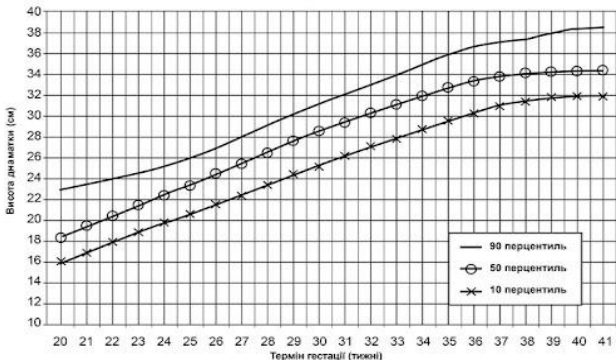
Завершальний етап.	Внести отримані дані в медичну документацію.	Забезпечення документування медсестринського догляду.
	Повідомити дану інформацію вагітній.	Дотримання права пацієнтки на інформацію.

3. Вимірювання окружності живота та висоти стояння дна матки

- Місце проведення:** кабінет лікаря ЖК, акушерський стаціонар, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.
- Оснащення:** сантиметрова стрічка, кушетка, індивідуальна пелюшка.
- Показання:** визначення передбачуваної маси плода, заповнення гравідограми для ефективності спостереження за внутрішньоутробним розвитком плода.
- Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
	Попросити пацієнтку, щоб вона перед дослідженням спорожнила сечовий міхур.	Забезпечення ефективності проведення процедури.

	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення можливості виконання процедури.
	Провести гігієнічну обробку рук, одягнути рукавички. Застелити кушетку одноразовою пелюшкою.	Забезпечення інфекційної безпеки. <u>Важливо!</u> Руки повинні бути сухі, чисті і теплі.
	Допомогти пацієнтці прилягти на кушетку на спину і попросити оголити живіт та поперекову ділянку, ноги звести разом і випрямити. <u>Важливо:</u> при тривалому положенні на спині - небезпека виникнення синдрому нижньої порожнистої вени!	Забезпечення виникнення ускладнень.
Основний етап	Тримаючи початок сантиметрової стрічки великим і вказівним пальцями правої руки, пропальпувати вказівним пальцем середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і притиснути до нього нульову позначку.	Забезпечення умов виконання процедури.
	Лівою рукою розгорнути сантиметрову стрічку так, щоб вона розмістилася по середній лінії живота, і ребром долоні лівої руки, обережно натискаючи на живіт, рухаючись в напрямку від симфізу до мечоподібного відростка, визначити дно матки. 	Забезпечення умов виконання процедури.

	Попросити жінку підняти таз, або прогнутись в поперековій ділянці і розташувати сантиметрову стрічку посередині поперекової ділянки і звести її на рівні пупка. По шкалі визначити цифру, яка збіглася з нульовою позначкою сантиметрової стрічки. Це і є величина окружності живота. 	Забезпечення умов виконання процедури та достовірності отриманих результатів.
Завершальний етап.	Провести гігієнічну обробку рук.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Зробити відповідний запис у медичній документації (відмітити на гравідограмі, яка використовується для визначення відповідності висоти стояння дна матки терміну вагітності). ГРАВІДОГРАМА 	Забезпечення документування медсестринського догляду.
	Порівняти отримані дані із гравідограмою обмінної карти та проаналізувати їх.	Забезпечення ефективності проведення процедури.
	<i>Оцінювання отриманого результату:</i> - при затримці внутрішньоутробного розвитку плода висота стояння дна матки буде менше норми (нижче 10-ї перцентилі); - при багатоводді, крупному плоді, багатоплідній вагітності – більше норми (вище 90-ї перцентилі).	Забезпечення профілактики виникнення ускладнень.
	Отримані дані (висоту стояння дна матки і окружність живота) перемножити, щоб отримати <i>передбачувану масу плода</i> (+/- 200 г).	Забезпечення достовірності отриманих результатів.

4. Пельвіометрія. Розрахунок справжньої кон'югати за даними зовнішньої та діагональної кон'югати

1. **Місце проведення:** кабінет лікаря ЖК, акушерський стаціонар, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.

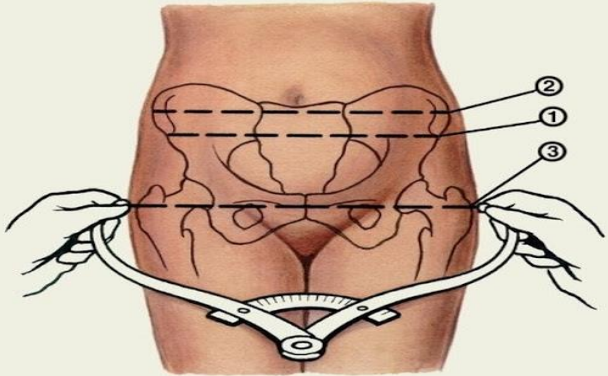
2. **Оснащення:** тазомір, сантиметрова стрічка, рукавички, індивідуальна пелюшка, кушетка.

3. **Показання:** визначення діагностичних критеріїв вузького тазу і ступеня звуження тазу.

4. **Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
	Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки. Важливо! Руки повинні бути сухі, чисті і теплі.
	Застелити кушетку одноразовою пелюшкою.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Допомогти пацієнтці прилягти на кушетку і попросити оголити живіт, ноги звести разом і випрямити (Важливо пам'ятати: при тривалому положенні на спині - небезпека виникнення синдрому нижньої порожнистої вени!)	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
Основний етап	Стати праворуч від пацієнтки.	Забезпечення умов виконання процедури.
	Взяти тазомір таким чином, щоб великий, вказівний та середній пальці утримували гудзики тазоміра.	Забезпечення правильності виконання процедури.
	Розмістити гудзики тазоміра на передньо-верхніх остях клубових кісток, вимірюючи <i>міжкостьову відстань</i> (<i>Distantia spinarum</i> (1)) - норма 25-26 см.	Забезпечення ефективності виконання процедури.
	Розмістити гудзики тазоміра на найбільш віддалених точках гребенів клубових кісток, вимірюючи <i>міжгребеневу відстань</i> (<i>Distantia cristarum</i> (2)) - норма 28-29 см.	Забезпечення ефективності виконання процедури.
	Розмістити гудзики тазоміра на найвіддаленіших точках великих вертлюгів стегнових кісток, вимірюючи <i>міжвертлюгову відстань</i> (<i>Distantia trochanterica</i> (3)) – норма 31-32 см. Важливо: Якщо пальпації вказаних анатомічних орієнтирів перешкоджає надмірно виражена підшкірно-жирова клітковина, запропонуйте пацієнтці здійснити	Забезпечення ефективності виконання процедури та достовірності отриманих результатів.

ротаційні рухи стопами. Одночасно з рухами, які здійснює пацієнтка, вказівними або середніми пальцями обох рук визначте великі вертлюги стегнових кісток і притисніть до них гудзики тазоміра.



Для вимірювання зовнішньої кон'югати (*Conjugata externa*) запропонувати жінці змінити положення: повернутись на лівий бік і зігнути нижню ногу в колінному та кульшовому суглобах, а верхню ногу - випрямити.

Прикласти один гудзик тазоміра до середини верхньо-зовнішнього краю лобкового симфізу, а другий – у ділянці надкрижової ямки, яка розміщена між остистими відростками V поперекового і

I крижового хребців. В нормі зовнішня кон'югата (*Conjugata externa*) - 20-21 см.



Забезпечення умов та ефективності проведення процедури.

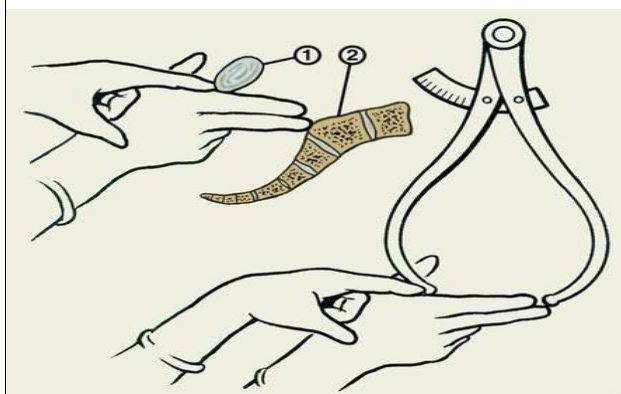
Вимірювання *індексу Соловйова* (окружність променево-зап'ясткового суглоба) та розрахунок *справжньої кон'югати (conjugata vera)*: від величини зовнішньої кон'югати вираховують: 8 см при окружності менше 14 см; 9 см при окружності зап'ястя 14-15,9 см; 10 см при окружності 16 см і більше.



Забезпечення умов та ефективності проведення процедури.

Діагональна кон'югата (conjugata diagonalis) - відстань від нижнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки мису крижової кістки.

Її визначають під час проведення піхвового дослідження. Необхідно здійснити заміну рукавичок на стерильні. При введенні в вагіну вказівний та середній пальці рухаються крижовою западиною до мису крижів, кінчик середнього пальця фіксується на його верхівці, а ребро долоні впирається у нижній край симфізу. Місце, де рука лікаря торкається нижнього краю симфізу, відзначають пальцем другої руки. Не віднімаючи палець, виводять внутрішню руку з піхви і вимірюють тазоміром (або сантиметровою стрічкою) відстань між зробленою позначкою та кінчиком середнього пальця; *норма - 12,5-13 см.*



Забезпечення умов та ефективності проведення процедури.

Забезпечення інфекційної безпеки.

	На основі діагональної кон'югати та висоти лобкового симфізу можна визначити справжню кон'югату. Для цього необхідно виміряти сантиметровою стрічкою висоту лобкового симфізу та від діагональної кон'югати відняти коефіцієнт, який корелює з висотою лона (віднімають 1,5 см при висоті лона менше 5 см, або 2 см при висоті лона більше 5 см).	Забезпечення умов та ефективності проведення процедури.
Завершальний етап.	Тазомір і кушетку обробити дезінфікуючим розчином.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Провести гігієнічне миття рук.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Інтерпретувати результати проведених вимірювань. <i>Наприклад:</i> анатомічно нормальний таз. АНАТОМІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ВЕЛИЧИНИ ЗВУЖЕННЯ ПОДІЛЯЮТЬ НА ЧОТИРИ СТУПЕНІ: ○ I ступінь — справжня кон'югата 11-9 см; ○ II ступінь — справжня кон'югата 9-7 см; ○ III ступінь — справжня кон'югата 7-5 см; ○ IV ступінь — справжня кон'югата 5 см і менше.	Забезпечення достовірності отриманих результатів.
	Отримані дані записати в медичну документацію (обмінна карта (форма № 113/о), індивідуальна карта вагітної та породіллі (форма № 111/о), історія вагітності та пологів (форма № 096/о)).	Забезпечення документування медсестринського догляду.

5. Зовнішнє акушерське обстеження, аускультация серцебиття плода акушерським стетоскопом

- Місце проведення:** жіноча консультація, акушерський стаціонар, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ..
- Оснащення:** кушетка, індивідуальна пелюшка, рукавички, акушерський стетоскоп, годинник з секундною стрілкою.
- Показання:** визначення висоти стояння дна матки, положення, позиції, виду позиції плода, передлежання, відношення голівки плода до площин малого тазу; моніторинг внутрішньоутробного стану плода.
- Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.

	Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички, застелити кушетку одноразовою пелюшкою. Допомогти пацієнтці прилягти на кушетку і попросити оголити живіт; ноги помірно зігнути в кульшових та колінних суглобах з метою розслаблення м'язів передньої черевної стінки, руки покласти вздовж тулуба. <u>Важливо пам'ятати:</u> при тривалому положенні на спині - небезпека виникнення синдрому нижньої порожнистої вени! Підійти до кушетки і стати праворуч від пацієнтки, обличчям до її обличчя.	Забезпечення інфекційної безпеки. Забезпечення умов ефективного проведення процедури та попередження ускладнень.
Основний етап	Проведення зовнішнього акушерського обстеження вагітних за допомогою приймів Леопольда. <i>Перший прийом.</i> Мета – визначення висоти стояння дна матки і частини плода, що знаходиться в її дні. Методика: долоні обох рук розташувати на дні матки. Зближуючи пальці, обережним натискуванням донизу визначити рівень стояння дна матки, що дає можливість уточнити термін вагітності. Також визначити (за розмірами і консистенцією) частину плода, яка знаходиться біля дна матки. Тазовий кінець плода більший, менш щільний та менш округлий, ніж голівка.  Вказати результат. <i>Наприклад:</i> дно матки на рівні реберних дуг, у дні пальпується тазовий кінець плода. <i>Другий прийом.</i> Мета – визначення положення, позиції та виду позиції плода. Методика: обидві долоні перемістити з дна матки по її бокових поверхнях донизу, до рівня пупка, пальпуючи при цьому по чергові правою чи лівою рукою частини плода. Спинка пальпується у вигляді гладкої поверхні, а на протилежному боці визначаються множинні	Забезпечення умов та ефективного проведення обстеження.

дрібні частини у вигляді невеликих виступів, що часто змінюють своє положення.

Якщо спинка плода розміщена зліва – це *I позиція*, справа – *II позиція*. Якщо спинка ближче до передньої стінки матки – це *передній вид*, якщо до задньої – це *задній вид*. При поперечному або косому положенні плода у бічних відділах матки пальпуються дві великі частини плода (голівка і тазовий кінець плода).



Вказати результат. *Наприклад:* положення плода поздовжнє, *I* позиція, передній вид.

Третій прийом. Мета – визначення характеру частини плода, що передлежить. Методика: праву руку покласти над лобковим симфізом. Натискаючи на нижній матковий сегмент, розведеним великим пальцем з однієї сторони та чотирма іншими з другої, охопити передлеглу частину плода. При цьому визначається її форма, консистенція, розташування за відношенням до входу в малий таз.

Зміщуючи передлеглу частину легкими рухами в сторони, визначаємо наявність балотування. При притиснутій до входу в малий таз передлеглої частині балотування відсутнє. Голівка пальпується у вигляді твердої округлої частини, що має чіткі контури. При тазовому передлежанні пальпується об'ємна м'яка частина, що не балотує та немає округлої форми. При поперечному і косому положеннях передлеглу частину визначити не вдається.



Вказати результат. *Наприклад:* передлежить голівка.

Четвертий прийом доповнює третій прийом при головному передлежанні. Мета - визначення рівня стояння голівки відносно входу в малий таз. Методика: стати обличчям до ніг вагітної, пальцями обох рук, обережно натискаючи на ділянку нижнього маткового сегменту, заглибитись між передлеглою частиною та входом у малий таз. Якщо пальці обох рук проникають між голівкою і площиною входу в малий таз – голівка рухлива над входом в малий таз. Якщо ковзними рухами по голівці плода кисті рук розходяться – голівка знаходиться малим сегментом у вході в малий таз. Якщо долоні рук знаходяться над голівкою – голівка знаходиться великим сегментом у вході в малий таз.



Вказати результат. *Наприклад:* передлежить голівка над входом в малий таз.

Сформулювати висновок про розташування плода в порожнині матки: положення плода поздовжнє (поперечне, косе), I (II) позиція, передній (задній) вид позиції, головне (тазове)

Забезпечення достовірності отриманих результатів.

	передлежання; якщо головне передлежання, то голівка над входом в малий таз, малим сегментом у вході в малий таз, великим сегментом у вході в малий таз. <i>Наприклад:</i> положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид, головне передлежання, голівка над входом в малий таз.	
	Визначити місце розташування стетоскопа: при головному передлежанні - нижче пупка, при поперечному положенні плоду - на рівні пупка, при тазовому передлежанні - вище пупка. При I позиції плоду - ліворуч від серединної лінії, при II позиції - праворуч. При задньому виді - більш латерально, при передньому - більш медіально до серединної лінії живота. <i>Наприклад:</i> вище пупка справа ближче до серединної лінії живота; нижче пупка ліворуч більш латерально від серединної лінії живота; на рівні пупка праворуч/ліворуч.	Забезпечення достовірності отриманих результатів.
	<i>Вислуховування серцебиття плода</i> Аускультация виконується акушерським стетоскопом, який притискається своєю лійкоподібною частиною до відповідної ділянки передньої черевної стінки; до другого кінця стетоскопу (плоского) прикладається вухо, обережно притискаючи стетоскоп до живота вагітної. Виконувати аускультацию потрібно таким чином, щоб не притримувати стетоскоп рукою (з метою уникнення сторонніх шумів). При вислуховуванні серцебиття підраховується частота серцевих скорочень протягом 1 хв. (межі норми 110-170 уд/хв), визначається звучність тонів і ритмічність. Паралельно потрібно визначити пульс вагітної і відмітити, що частота пульсу не співпадає з серцебиттям плода. 	Забезпечення умов виконання обстеження та достовірності отриманих результатів.

		
Завершальний етап.	Допомогти жінці підвестись з кушетки.	Забезпечення умов виконання процедури.
	Оснащення протерти дезінфікуючим розчином, зняти рукавички, провести гігієнічну обробку рук.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Зробити відповідний запис у медичній документації.	Забезпечення ведення документації медсестринського догляду.
	<i>Інтерпретація результатів аускультативної</i> <i>Наприклад:</i> серцебиття плода звучне, ритмічне, 140 уд/хв, що відповідає межам норми (110-170 уд/хв) та не співпадає із пульсом матері. Якщо серцебиття менше 110 або більше 170 уд/хв - це ознака дистресу плода, необхідно негайно викликати лікаря!	Забезпечення попередження ускладнень.

6. Надання акушерської допомоги при фізіологічних пологах

- Місце проведення:** пологовий зал, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.
- Оснащення:** стерильна маска, шапочка, стерильні рукавиці, стерильна пелюшка, фартух, антисептичний розчин (Бетадин).
- Показання:** збереження цілісності промежини роділлі, попередження внутрішньочерепної, спінальної та інших травм плода.
- Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету надання допомоги та отримати згоду на її проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди для надання допомоги.
	Провести підготовку до прийому пологів (здійснити гігієнічне миття рук, одягнути маску, шапочку, стерильні рукавиці, фартух).	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготувати роділлю до прийому пологів (обробити зовнішні статеві органи, підкласти стерильну пелюшку).	Забезпечення інфекційної безпеки.

Основний етап	З моменту прорізування голівки приступати до надання акушерської допомоги, ставши праворуч від роділлі обличчям до пологових шляхів. 1. Запобігання передчасному розгинанню голівки плода: долонею лівої кисті опертися в лобок, пальцями стримувати стрімке просування та розгинання голівки, обережно натискаючи на неї.  2. Зменшення напруження тканин промежини (запозичення тканин): під час розгинання голівки через стерильну пелюшку захопити правою рукою тканини промежини так, щоб чотири пальці правої руки знаходились в ділянці лівої статевої губи, а великий палець — у ділянці правої, і намагатись утворити складку на промежині, стягуючи м'які тканини з верхніх відділів статевих губ, де вони розтягуються менше, в бік промежини, де розтягнення максимальне, і зменшуючи тим самим напруження тканин в ділянці промежини. 3. Виведення голівки плода із статевої щілини — керування потугами (озвучувати: «тужтеся», «не тужтеся») та народження голівки поза потугою, обережно знімаючи бокові краї вульварного кільця з голівки, дати їй можливість розігнутись. Керування потугами після народження голівки (попросити жінку глибоко подихати відкритим ротом та тужитися з наступною потугою).	Забезпечення ефективності надання допомоги та попередження ускладнень.

	 4. Допомога при звільненні переднього плечика: голівку, що народилася, захопити обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вушних раковин і обережно спрямовувати донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу і зафіксується на межі верхньо-середньої третини. 5. Допомога при народженні плечового пояса: поза потугою голівку захопити лівою рукою і відвести до лона, правою рукою обережно зняти тканину промежини з заднього плечика. Після народження плечового поясу тулуб дитини охопити обома руками, кінці пальців мають перебувати у пахвових ямках.	
Завершальний етап.	Завершення пологів: тулуб спрямувати угору, вийняти плід, викласти дитину на живіт матері.	Забезпечення ефективності надання допомоги, дотримання правил «теплого ланцюжка», профілактика дихальних розладів в новонародженого.

7. Огляд шийки матки в дзеркалах. Забір матеріалу для цитологічного дослідження

1. **Місце проведення:** жіноча консультація, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ., оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів, гінекологічний стаціонар.

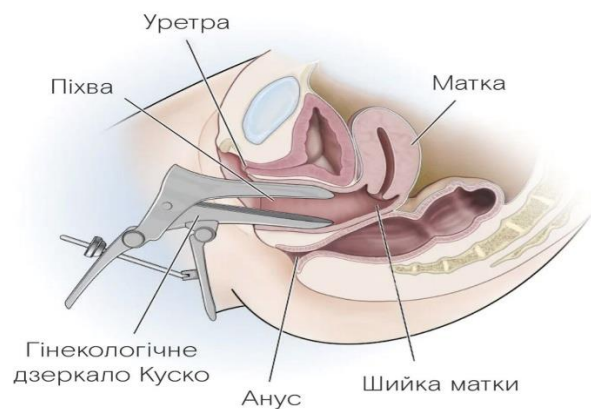
2. **Оснащення:** гінекологічне крісло, стерильний оглядовий набір із двостулковим дзеркалом Куско, або ложкоподібне дзеркало Сімса і підіймач Отто, два цервікобраші (або шпатель Ейра), пінцет, транспортний контейнер, комбішійка (або шійка Валлаха), предметне скельце, ватні кульки, стерильні рукавички, маркер, бланк направлення на цитологічне дослідження.

3. **Показання:** профілактичний огляд усіх жінок, які живуть статевим життям; оцінка стану зовнішніх статевих органів; діагностика генітального пролапсу та запальних захворювань внутрішніх статевих органів; рання діагностика передракових станів та онкологічних захворювань.

4. **Протипоказання:** менструація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою,

		отримання згоди на проведення обстеження.
	Підготувати необхідне оснащення, промаркувати предметне скельце (поділити на відповідні дві зони, пронумерувати).	Забезпечення умов та ефективності виконання обстеження.
	Застелити гінекологічне крісло одноразовою пелюшкою. Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.	Забезпечення умов виконання обстеження.
Основний етап	1. <i>Огляд зовнішніх статевих органів.</i> Розпочати обстеження із огляду лона: його форми, стан підшкірної жирової клітковини, характер овоłosіння (за жіночим чи чоловічим типом). Далі оглянути великі та малі статеві губи (величина, наявність набряку, виразки, кондиломатозні розростання, пухлини, ступінь змикання статевої щілини, варикозне розширення вен), стан промежини (розриви, рубці, звиразкування). <i>Наприклад:</i> зовнішні статеві органи розвинуті правильно, овоłosіння за жіночим типом; великі та малі статеві губи, ділянка промежини – без патологічних змін (<i>норма</i>). 2. Введення дзеркал: <i>двостулкове дзеркало</i> <i>Куско</i> із зімкнутими стулками взяти у домінуючу руку; великим та вказівним пальцями іншої руки розвести великі та малі статеві губи у нижній третині; дзеркало ввести у піхву паралельно до статевої щілини, повернути на 90° і розмістити на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; розкрити стулки так, щоб вагінальна частина шийки розташувалася між ними; зафіксувати дзеркало за допомогою замка.	Забезпечення правильності виконання обстеження та профілактика ускладнень.



За допомогою ложкоподібного дзеркала Сімса і підіймача Отто: взяти дзеркало у домінуючу руку і ввести у вагіну паралельно до статевої щілини, повільно, не торкаючись уретри та клітора, повернути на 90° і розмістити на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; паралельно введеному дзеркалу ввести підіймач Отто й підняти передню стінку вагіни.





3. Охарактеризувати *стан шийки матки* (величина, форма (циліндрична, конічка), колір слизової (блід-рожева, ціаноз, гіперемія), наявність виразок, розростань, пухлинних утворень) та *зовнішнього вічка цервікального каналу* (форма (кругла в жінок, що не народжували, щілиноподібна в тих, що народжували), розриви, ерозії; характер виділень з цервікального каналу (слизові, водянисті, пінисті, сиркоподібні, кров'янисто-серозні, гнійні, жовто-зелені; помірні, в збільшеній кількості).

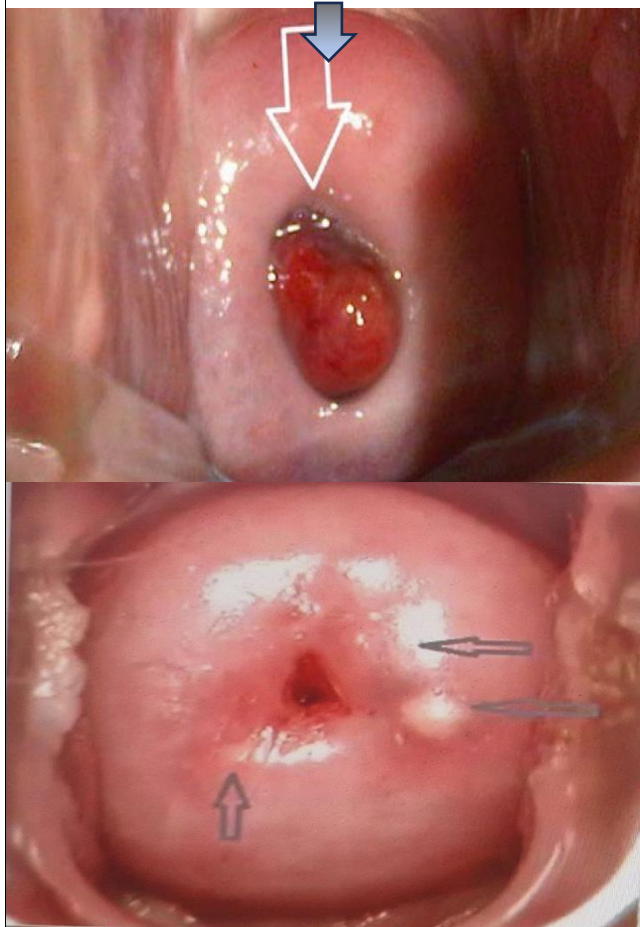
Наприклад:

- шийка матки – конічної форми, слизова блід-рожева, поверхня гладка, зовнішнє вічко цервікального каналу округлої форми; виділення – слизові, помірні, без запаху (*норма*);



- на шийці матки кистозні утворення у вигляді «горбиків» розмірами біля 4-х мм; в ділянці зовнішнього вічка – поліповидне розростання розміром 0,5×1 см; виділення – слизові, в збільшеній кількості, без

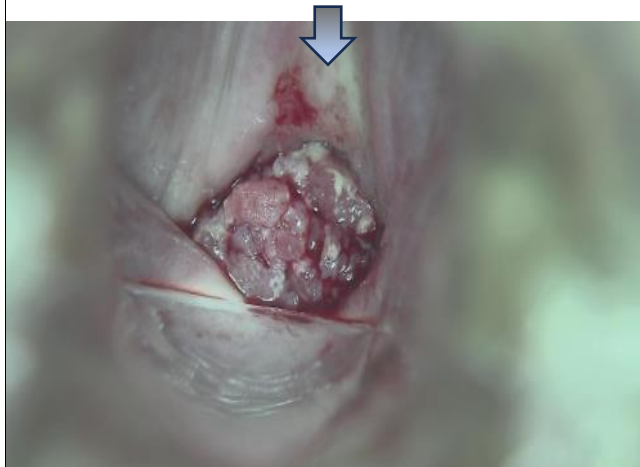
запаху (наботові кісти та поліп шийки матки);



- на шийці матки навколо зовнішнього вічка – яскраво-червона поверхня із сосочковим рельєфом; виділення – слизові, в збільшеній кількості, без запаху (псевдоерозія шийки матки);



- на передній і задній губі шийки матки розростання у вигляді «цвітної капусти»; виділення – кров'янисто-серозні, відмічено контактні кровотечі (*рак шийки матки*);

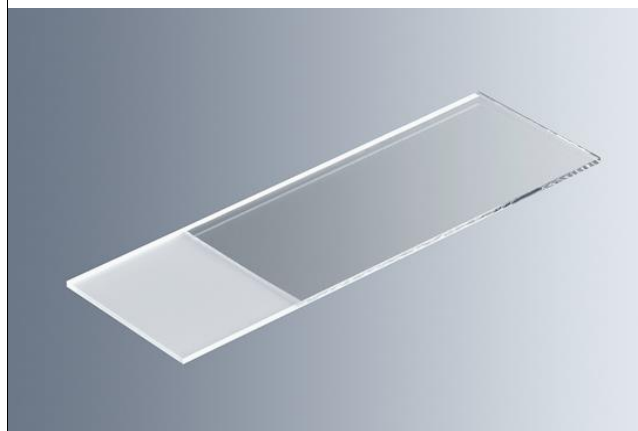


4. Охарактеризувати *стан слизової оболонки піхви* (блідо-рожевого кольору, гіперемія, ціаноз, набряк; без патологічних утворень, наявність звирозкувань, розростань, пухлин, варикозного розширення вен, внутрішньопіхвових злук, перегородок, вираженість складчастості; склепіння – високі, вкорочення, вип'ячування).

Наприклад:

- слизова піхви – блідо - рожевого кольору, складчаста, без патологічних утворень, склепіння – високі (*норма*).

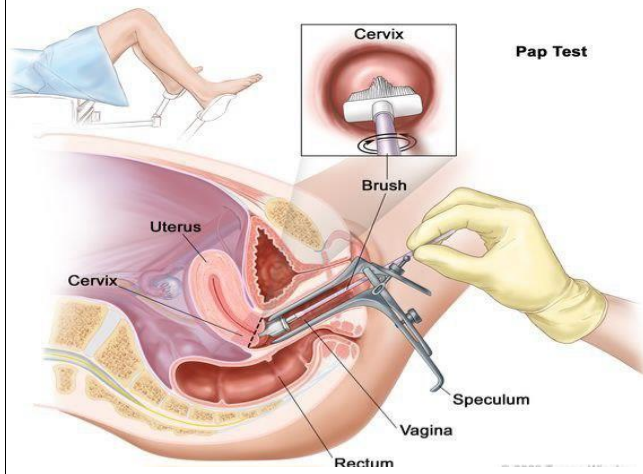
5. *Забір матеріалу для цитологічного дослідження:* ватним тампоном, затиснутим в пінцеті, обережно зняти залишки слизу та виділень з шийки матки; пряму гінекологічну щіточку (цервікобраш) ввести в цервікальний канал, повернути її на 360° 2-3 рази; зібраний матеріал нанести на предметне скло обертаючими рухами; гінекологічною щіточкою, зігнутою під кутом 90°, провести зішкріб з поверхні шийки матки шляхом виконання повного оберту (на 360°); нанести матеріал на предметне скло.





Забір матеріалу для рідинної цитології: розкрутити спеціальний транспортний контейнер; ватним тампоном, затиснутим в пінцеті, обережно зняти залишки слизу та виділень з шийки матки; щіткою Валлаха або спеціальною комбіщіткою взяти матеріал одночасно з цервікального каналу і вагінальної частини шийки матки, повернувши щіточку на 360° 3-4 рази; занурити щіточку в консервуючий розчин, добре виполоскавши її; від'єднати щіточку від ручки і залишити в контейнері.





Завершальний етап.	<i>Виведення дзеркал.</i> Повернути фіксатор дзеркала Куско на 90°, стулки дещо послабити, в нижній третині піхви стулки закрити, повернути дзеркало на 90° і вивести з піхви. Ложкоподібні дзеркала виводять з піхви у зворотному порядку: спочатку підймач, потім дзеркало. Допомогти жінці підвестись з гінекологічного крісла.	Забезпечення правильності виконання обстеження.
	Усі використані інструменти покласти у дезінфікуючий розчин. Провести гігієнічну обробку рук; протерти гінекологічне крісло дезінфікуючим розчином.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Заповнити направлення на цитологічне дослідження, в якому обов'язково вказати: лікувальний заклад та відділення; № медичної картки; прізвище, ім'я, по-батькові пацієнтки; вік; день менструального циклу; діагноз; дата забору; прізвище лікаря.	Забезпечення достовірності отриманих результатів.
	Зробити відповідний запис у медичній документації.	Забезпечення ведення медичної документації.
	<i>Інтерпретація результатів:</i> Тип I. Цитограма без особливостей Тип II. Запальний тип мазка Тип III. Дисплазія плоского епітелію (слабка, помірна, тяжка); Дисплазія циліндричного епітелію (слабка, помірна, тяжка). Тип IV. Підозра на рак. Тип V. Рак.	

8. Взяття матеріалу з піхви, уретри та цервікального каналу для бактеріоскопічного дослідження; бактеріологічне дослідження

- Місце проведення:** жіноча консультація, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ., оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів, акушерський та гінекологічний стаціонар.
- Оснащення:** гінекологічне крісло, стерильний оглядовий набір із двостулковим дзеркалом Куско, або ложкаподібне дзеркало Сімса і підймач Отто, ложечка Фолькмана, стерильна ватна паличка, пробірка з поживним середовищем, предметне скельце, стерильні рукавички, маркер, дезінфікуючий розчин, бланк направлення на бактеріоскопічне дослідження.
- Показання:** *бактеріоскопічне дослідження:* визначення ступеня чистоти піхви, діагностика запальних процесів жіночих статевих органів, перед проведенням діагностичних маніпуляцій та гінекологічних операцій; *бактеріологічне дослідження:* визначення збудника та його чутливості до антибіотиків.
- Протипоказання:** відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
	Підготувати необхідне оснащення. Промаркувати скельце (поділити на відповідні три зони C/V/U, пронумерувати).	Забезпечення можливості проведення обстеження.
	Застелити гінекологічне крісло одноразовою пелюшкою. Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.	Забезпечення умов виконання обстеження.
Основний етап	Забір матеріалу для <i>бактеріоскопічного дослідження</i> проводиться з цервікального каналу, заднього склепіння піхви та уретри (CVU). 1. Введення дзеркал: <i>двостулкове дзеркало Куско</i> із зімкнутими стулками взяти у домінуючу руку; великим та вказівним пальцями іншої руки розвести великі та малі статеві губи у нижній третині; дзеркало ввести у піхву паралельно до статевої щілини, повернути на 90° і розмістити на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; розкрити стулки так, щоб вагінальна частина шийки розташувалася між ними; зафіксувати дзеркало за допомогою замка. За допомогою <i>ложкоподібного дзеркала Сімса і підіймача Отто</i>: взяти дзеркало у домінуючу руку і ввести у вагіну паралельно до статевої щілини, повільно, не торкаючись уретри та клітора, повернути на 90° і розмістити на задній стінці піхви, злегка натиснувши донизу; паралельно введеному дзеркалу ввести підіймач Отто й підняти передню стінку вагіни. 2. Провести забір виділень з цервікального каналу й заднього склепіння піхви різними кінцями ложечки Фолькмана і нанести на предметне скельце в ділянці позначок С і V відповідно; з уретри – стерильною ватною паличкою та нанести на предметне скельце в ділянці позначки U.	Забезпечення ефективності та правильності виконання обстеження.



Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. Патологічні виділення з цервікального каналу (чи піхви) для визначення мікробної флори взяти стерильною паличкою і внести у пробірку з поживним середовищем із написаним номером, що відповідає номеру направлення у лабораторію.



Завершальний етап.	<i>Виведення дзеркал.</i> Повернути фіксатор дзеркала Куско на 90°, стулки дещо послабити, в нижній третині піхви стулки закрити, повернути дзеркало на 90° і вивести з піхви. Ложкоподібні дзеркала виводять з піхви у зворотному порядку: спочатку підймач, потім дзеркало. Допомогти жінці підвестись з гінекологічного крісла.	Забезпечення правильності виконання обстеження.
	Усі використані інструменти покласти у дезінфікуючий розчин. Провести гігієнічну обробку рук; протерти гінекологічне крісло дезінфікуючим розчином.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Заповнити направлення на бактеріоскопічне дослідження, в якому вказати: лікувальний заклад та відділення; № медичної картки; прізвище, ім'я, по-	Забезпечення достовірності отриманих результатів.

	батькові пацієнтки; вік; діагноз; дата забору; прізвище лікаря. У направленні на <i>бактеріологічне дослідження</i> вказати прізвище, ім'я, по-батькові жінки; відділення; № медичної карти; дату взяття посіву; місце взяття матеріалу; прізвище лікаря. Відправити в лабораторію. В бактеріологічній лабораторії в термостаті після проростання мікрофлори визначають її характер та чутливість до антибіотиків. Зробити відповідний запис у медичній документації.	Забезпечення правильності виконання обстеження. Забезпечення ведення медичної документації.
	<i>Інтерпретація результатів:</i> Даючи оцінку мазка на ступінь чистоти піхви, визначається кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер мікрофлори (нормальна флора – палички Додерлейна, патогенна флора – грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи). Розрізняють 4 ступені чистоти піхви: <i>I ступінь:</i> велика кількість паличок Додерлейна, епітеліальні клітини в помірній кількості, поодинокі лейкоцити. Реакція секрету різко кисла, зовнішній вигляд виділень молочно-білий. <i>II ступінь:</i> паличок Додерлейна і клітин епітелію менше, збільшується кількість лейкоцитів. Реакція виділень кисла, колір молочний або жовтуватий, є домішки слизу. <i>III ступінь:</i> паличок Додерлейна мало, багато лейкоцитів, властива чужорідна мікрофлора, частіше кокова. Характер виділень слизово-гнійний, реакція слабо-кисла або нейтральна. <i>IV ступінь:</i> паличок Додерлейна немає, чужорідна специфічна мікрофлора (гонококи, трихомонади) та лейкоцити у великій кількості. Реакція виділень нейтральна або лужна, характер гнійний.	Примітка: I ст. чистоти піхви характерний для дівчат і жінок, які не живуть статевим життям. II ст. - для здорових жінок, які живуть статевим життям. Чистота піхви III ст. вказує на наявність запального процесу в піхві. IV ст. свідчить про активний запальний процес, ймовірно інфекції, що передаються статевим шляхом.

9. Бімануальне дослідження

1. **Місце проведення:** жіноча консультація, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ., оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів, гінекологічний стаціонар.

2. **Оснащення:** гінекологічне крісло, одноразова пелюшка, стерильні рукавички, антисептик, дезінфікуючий розчин.

3. **Показання:** діагностика запальних захворювань внутрішніх статевих органів, вагітності (маткової та позаматкової), пухлин та пухлинних процесів органів малого тазу, аномалій розвитку, аномалій положення внутрішніх статевих органів.

4. **Протипоказання:** не проводиться дівчатам, які не живуть статевим життям.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечення можливості проведення обстеження.
	Застелити гінекологічне крісло одноразовою пелюшкою. Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.	Забезпечення умов виконання обстеження.
Основний етап	1. <i>Введення руки гінеколога в піхву.</i> Великі та малі статеві губи розвести великим та вказівним пальцями лівої руки. Праву руку скласти таким чином: безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, вказівний та середній – складені разом та випрямлені, великий – відігнутий під прямим кутом до долоні (рука гінеколога). Ввести в піхву середній палець, обережно натискаючи на промежину, а потім ввести вказівний. 2. <i>Провести дослідження вагіни та склепін</i> (болючість, нависання, сплюснення). <i>Наприклад:</i> вхід у вагіну вільний, не болючий, стан промежини задовільний, склепіння високі, патологічних утворень у піхві не виявлено. 3. <i>Провести дослідження шийки матки</i> (величина, консистенція, болючість при зміщенні, її рухомість та прохідність цервікального каналу).	Забезпечення ефективності виконання обстеження.

Наприклад: шийка матки відхилена до крижів, консистенція щільна, форма циліндрична, довжина біля 3 см, зовнішнє вічко закрите, поверхня гладка, болючість при зміщенні відсутня.

4. Розпочати бімануальне дослідження матки та параметрію.

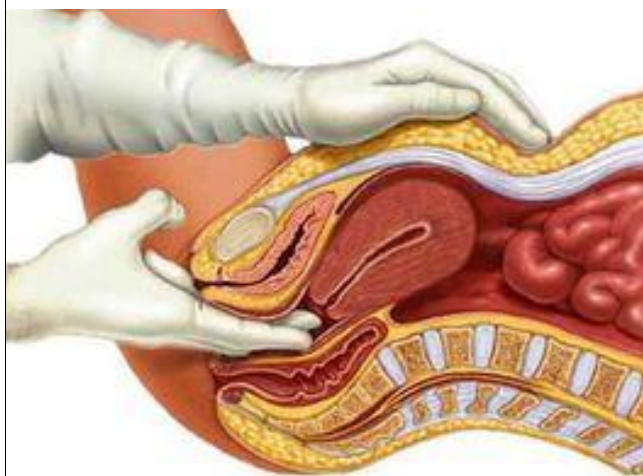
Пальці внутрішньої руки (правої) розмістити у передньому склепінні, шийку матки відтиснути назад.

Зовнішньою (лівою) рукою обережно натиснути на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у вагіну. При бімануальному дослідженні зовнішня рука проводить пальпацію органів і тканин не кінчиками пальців, а всією долонею, поставленою на живіт.

При пальпації матки визначають її положення (*anteflexio*, *retroflexio*), величину (нормальні розміри, зменшені, збільшені), форму (грушеподібна, куляста, дворога, сідловидна), симетричність, консистенцію (туго-еластична, м'яка, ущільнена), наявність об'ємних утворень, болючість (болюча, не болюча), рухливість (рухова, обмежено рухома).

Якщо виявлено об'ємні утворення, визначають їх кількість, форму, локалізацію, консистенцію, болючість.

Наприклад: матка розташована в *anteflexio anteversio*, не побільшена (побільшена до 12/14/16 тижнів вагітності), грушеподібної форми, тугоеластичної консистенції, поверхня гладка, рухома, не болюча; параметрії вільні.



5. Бімануальне дослідження правих та лівих придатків матки.

Примітка: якщо матка відхилена назад, то внутрішні пальці розміщують у задньому склепінні піхви.

Якщо матка розміщена у положенні *anteversio-anteflexio*, вона буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук.

	Пальці внутрішньої та зовнішньої рук перемістити праворуч та ліворуч від матки (праве та ліве бокові склепіння по черзі) і розпочати пальпацію придатків матки, оцінюючи їх форму, розмір, консистенцію, рухливість, болючість. Якщо визначається об'ємне утворення придатків матки, оцінити його положення відносно тіла і шийки матки, стінок таза, розміри, рухливість, болючість. <i>Наприклад:</i> праві та ліві придатки матки еластичні, мигдалеподібної форми, не побільшені, рухомі, не болючі.	<i>Примітка:</i> У нормі маткові труби не пальпуються. Пропальпувати незмінні яєчники вдається не завжди.
Завершальний етап.	Завершити огляд, вивівши пальці правої руки з піхви, зняти рукавички й замочити в дезсередник. Допомогти жінці підвестись з гінекологічного крісла.	Забезпечення умов виконання обстеження та інфекційної безпеки.
	Провести гігієнічну обробку гінекологічного крісла та рук.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Зробити відповідний запис у медичній документації.	Забезпечення ведення медичної документації.
	<i>Інтерпретація результатів:</i> <i>Зменшення матки</i> можливе при інфантильності, атрофії та у клімактеричний період і в період постменопаузи; <i>збільшення розмірів матки</i> може бути при аденоміозі, за наявності пухлин (міома, саркома) та під час вагітності. <i>Розташування матки:</i> дно матки знаходиться на рівні входу в малий таз, зовнішнє вічко на рівні спінальної лінії, тіло матки в центрі малого таза. Шийка і тіло матки утворюють кут, відкритий допереду (anteflexio), або дозаду (retroflexio). Уся матка дещо нахилена допереду (anteversio). <i>Болючість матки</i> при пальпації відмічається лише при патологічних процесах. <i>Обмеження рухомості матки</i> буває при злуковому чи запальному процесі. <i>Яєчники</i> добре визначаються у вигляді тіла мигдалеподібної форми, розмірами 3-4 см, досить рухомі і чутливі. Пальпація яєчників, як правило, безболісна. Яєчники зазвичай збільшуються перед овуляцією і під час вагітності. У клімактеричний період яєчники значно зменшуються.	

	При поширених запальних процесах пропальпувати яєчник і трубу не вдається, визначається здебільшого болючий конгломерат. Навколоматкова клітковина (параметрій) визначається при наявності в них інфільтративного процесу (пухлинного або запального).	

10. Клінічне обстеження молочної залози

1. Місце проведення: жіноча консультація, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ., оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів, гінекологічний та акушерський стаціонари.

2. Оснащення: кушетка, індивідуальна пелюшка, рукавички.

3. Показання: онкопрофогляд, оцінка функціонального стану молочних залоз та виявлення виявлення захворювань молочних залоз.

4. Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету обстеження та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення обстеження.
	Застелити кушетку одноразовою пелюшкою. Провести гігієнічне миття рук, одягнути рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
Основний етап	1. Розпочати з огляду правої молочної залози: її розвиток, форму, розміри та контури молочної залози. Оглянути шкіру й вказати наявність чи відсутність дефектів, висипів, пігментації; оцінити венозний малюнок; звернути увагу на розмір, форму і стан соска, навколососкової ділянки (ареоли), їх симетричність. <i>Наприклад:</i> Права молочна залоза добре розвинута, без патологічних дефектів, шкіра блідо-рожевого кольору, чиста, підшкірні вени не розширені; сосок сформований, без видимої патології; ареола світло-коричневого кольору (<i>норма</i>). 2. Аналогічно провести огляд і опис лівої молочної залози. <i>Наприклад:</i> Ліва молочна залоза добре розвинута, без патологічних дефектів, шкіра блідо-рожевого кольору, чиста, підшкірні вени не розширені; сосок сформований, без видимої патології; ареола світло-коричневого кольору (<i>норма</i>). Молочні залози симетричні.	Забезпечення правильності виконання процедури.



Наприклад: Права молочна залоза добре розвинута, шкіра довкола соска змінена у вигляді «лимонної кірки», в нижній частині відмічається гіперемія, підшкірні вени не розширені; сосок втягнутий; ареола світло-коричневого кольору.



3. Пальпацію проводити в положенні стоячи, лежачи на спині і боці. Пальпація проводиться подушечками, а не кінчиками пальців, чотирма або трьома зімкнутими пальцями, круговими рухами. Спочатку провести так зване поверхнєве промацування, коли подушечки пальців не проникають у товщу залози, що дає можливість виявити невеликі утворення, розташовані безпосередньо під шкірою. Дослідити область ареоли, потім периферичні відділи залози послідовно і щоб не пропустити ділянку при пальпації використовувати метод квадрантів або метод спіралі. У такій же послідовності проводять глибоку пальпацію.

Спочатку пальпувати здорову молочну залозу.

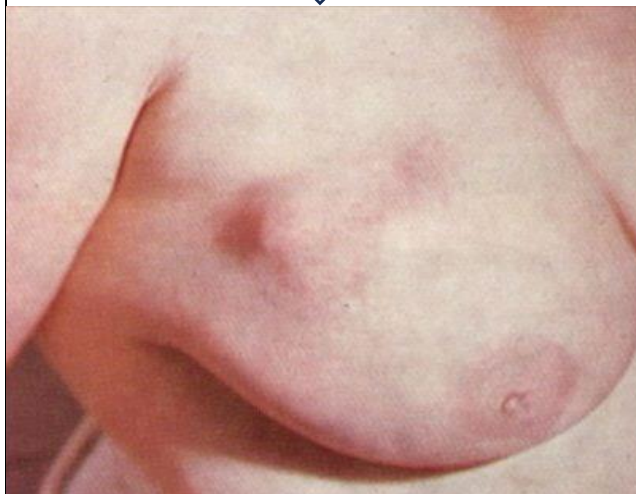
Забезпечення правильності виконання обстеження.

Аналогічно пальпувати праву і ліву молочні залози.



Наприклад: права (ліва) молочна залоза м'яка, без патологічних ущільнень (*норма*).

Наприклад: права молочна залоза м'яка, пальпується пухлиноподібний утвір розмірами 2-3 см у верхньозовнішньому квадранті молочної залози, рухомий, не болючий.



Наприклад: ліва молочна залоза м'яка, у нижньо-внутрішньому квадранті пальпується пухлиноподібний утвір розмірами 3-4 см, горбкуватий, щільної консистенції, обмежено рухомий, болючий.

Забезпечення правильності виконання обстеження.



4. Визначити наявність виділень з правого і, аналогічно, з лівого соска. Вказівним та великим пальцями домінуючої руки натиснути на правий (лівий) сосок і оцінити наявність та характер виділень із соска.

Наприклад: виділення з правого (лівого) соска відсутні (*норма*).

Наприклад: виділення з лівого соска кров'янисті, незначні.



5. Пальпація регіонарних лімфовузлів (надключичних, підключичних, аксілярних).

Для пальпації регіонарних лімфовузлів пацієнтка повинна розслабити руки, поклавши їх собі на талію. При пальпації надключичних лімфатичних вузлів краще стояти позаду пацієнтки, вона повинна злегка нахилити голову в бік обстеження для розслаблення грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Визначити величину, консистенцію, кількість, рухливість, болючість лімфатичних вузлів.

Наприклад: надключичні, підключичні, аксілярні лімфатичні вузли не пальпуються (*норма*).

Забезпечення правильності виконання процедури.

	<i>Наприклад:</i> справа – надключичні, підключичні, аксілярні лімфатичні вузли не пальпуються, зліва – аксілярні лімфатичні вузли побільшені, надключичні, підключичні не пальпуються.	
Завершальний етап.	Завершити обстеження, знявши рукавички, провести гігієнічну обробку рук. Зробити заключення. <i>Наприклад:</i> • молочні залози без видимих патологічних змін, надати рекомендації щодо самообстеження (норма); • <i>фіброаденома лівої молочної залози</i> Надати рекомендації (УЗД, мамографія, консультація мамолога); • <i>підозра на рак лівої молочної залози</i> Надати рекомендації (консультація лікаря-мамолога, мамографія).	Забезпечення інфекційної безпеки та достовірності отриманих результатів. <i>Примітка:</i> Жінкам необхідно проводити самообстеження щомісяця, на 2-3 день після закінчення менструації, у період менопаузи – щомісяця одного й того ж дня (стоячи перед дзеркалом, або лежачи, або під час душу).
	Зробити відповідний запис у медичній документації.	Забезпечення ведення медичної документації.

11. Підготовка набору інструментів для проведення біопсії шийки матки

1. Місце проведення: жіноча консультація, амбулаторія ЗПСМ, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ., оглядовий кабінет, кабінет онкопрофоглядів, гінекологічний стаціонар.

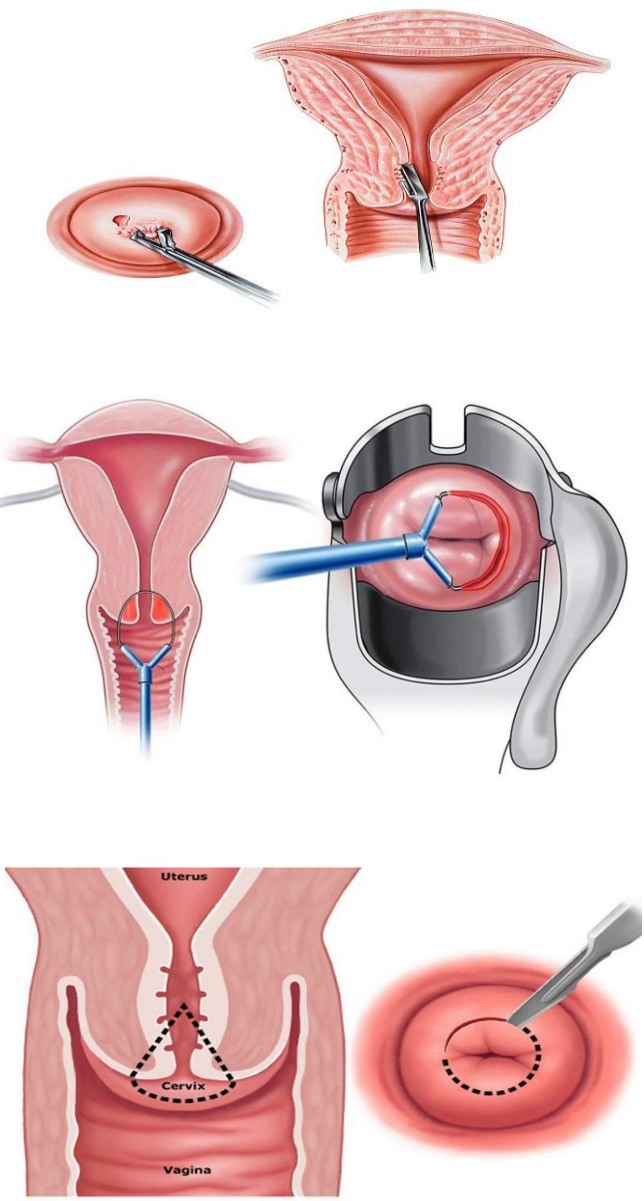
2. Оснащення: ложкоподібне дзеркало Сімса і підіймач Отто, конхотом або петля апарату для діатермокоагуляції (чи радіохвильової ексцизії), скальпель, корнцанг - 2 шт, йодний розчин, марлеві стерильні кульки, чистий лоток, ємність для збору матеріалу, кульові щипці, 10% розчин формальдегіду, стерильні рукавички, бланк направлення на патогістологічне дослідження; для місцевої анестезії: розчин лідокаїну 1% 2 мл, шприц 2 мл, голки для в/м ін'єкцій.

3. Показання: морфологічна верифікація попереднього клінічного діагнозу; кольпоскопічні картини патології шийки матки, ознаки, цитограма, що відповідає III-V класу Пап-мазків.

4. Протипоказання: захворювання, пов'язані з проблемами згортання крові, період менструації, гострі запальні процеси на шийці матки та піхви, вагітність.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету процедури та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення процедури.
	Підготувати необхідні засоби для виконання маніпуляції.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.

	Гінекологічне крісло застелити індивідуальною пелюшкою, на інструментальному столику на стерильній пелюшці розкласти ватні кульки, рукавички, інструментарій.  	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
Основний етап	Провести хірургічну обробку рук, одягнути стерильні рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами. Тканину для дослідження можна отримати за допомогою конхотома, скальпеля, або петлі апарата для діатермокоагуляції (чи радіохвильової ексцизії). Видаляють біоптат на межі патологічно зміненої ділянки та здорової тканини шийки матки.	Забезпечення умов виконання процедури.

		
Завершальний етап.	Зібрати отриманий матеріал (біоптат) в ємкість із 10% розчином формальдегіду. 	Забезпечення умов виконання процедури.
	Оформити направлення на патогістологічне дослідження, де вказати прізвище, ім'я, по батькові жінки, вік, відділення, попередній діагноз, вид маніпуляції, дату, прізвище лікаря.	Забезпечення достовірності отриманих результатів.

	Відправити матеріал з направленням до лабораторії.	Забезпечення ефективності процедури.
	Провести дезінфекцію обладнання та необхідних засобів.	Забезпечення інфекційної безпеки.

12. Підготовка набору інструментів для проведення вишкрібання порожнини матки

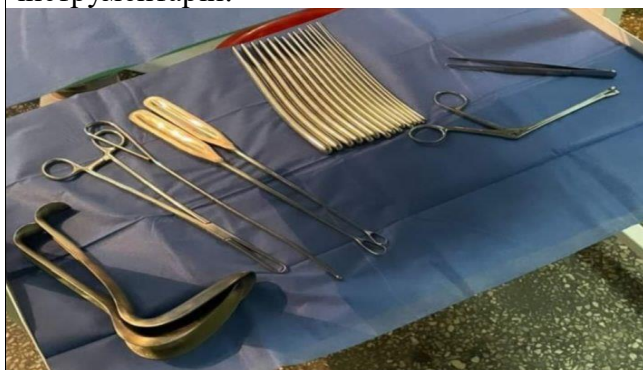
1. Місце проведення: гінекологічний стаціонар, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ.

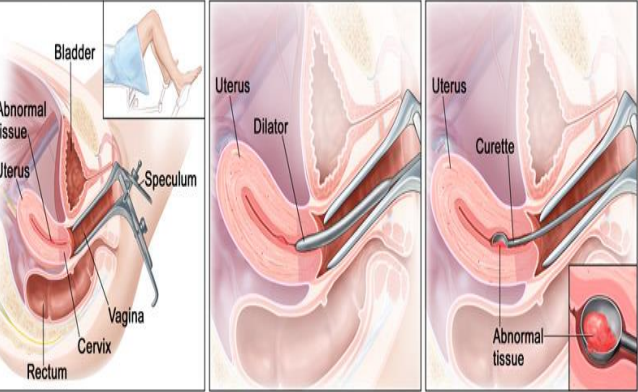
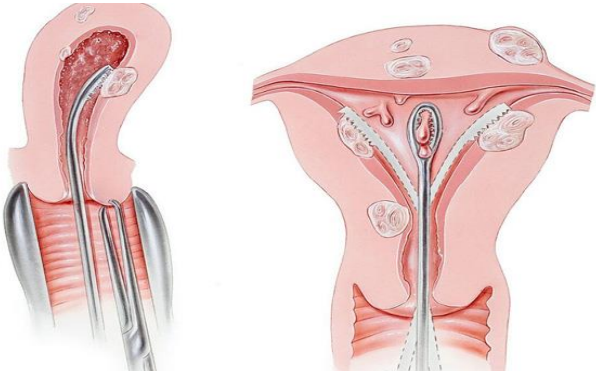
2. Оснащення: ложкоподібне дзеркало Сімса з підіймачем Отто, набір розширювачів Гегара, кульові щипці для фіксації шийки матки, кюретки різного розміру, матковий зонд, корнцанг – 2 шт., стерильні рукавички, водний розчин спирту або йоданату, марлеві стерильні кульки, ниркоподібні лотки – 2 шт., 2 ємкості з розчином формальдегіду для отриманого матеріалу, бланк направлення на патогістологічне дослідження, антисептичний розчин; лікарські засоби для внутрішньовенного наркозу, або парацетврікальної анестезії.

3. Показання: гіперпластичні процеси ендометрія (гіперплазія, поліпи), фіброміома, аномальні маткові кровотечі, підозра на злоякісні або передракові процеси ендометрія (атипова гіперплазія, аденокарцинома), неповний аборт, звичне невиношування вагітності.

4. Протипоказання: гострі запальні процеси статевих органів, інфекційні захворювання в гострій стадії, виражені порушення гемостазу, коагулопатії, важкий загальний стан пацієнтки (декомпенсовані захворювання серцево-судинної, дихальної системи), підозра на перфорацію матки.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету процедури та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення процедури.
	Підготувати необхідні засоби для виконання маніпуляції.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
	Гінекологічне крісло застелити індивідуальною пелюшкою, на інструментальному столику на стерильній пелюшці розкласти ватні кульки, рукавички, інструментарій.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
Основний етап	Провести хірургічну обробку рук, одягнути стерильні рукавички. Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби).	Забезпечення інфекційної безпеки. Забезпечення умов виконання процедури.



	Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.  Матеріал для дослідження можна отримати (після попереднього зондування матки (з метою визначення довжини порожнини матки) та розширення цервікального каналу послідовним введенням розширювачів Гегара)) шляхом обережного вишкрібання кюреткою малого розміру слизової оболонки цервікального каналу та ретельного вишкрібання порожнини матки з видаленням усього функціонального шару ендометрія. 	Примітка: гістологічно підтверджена залозиста чи залозисто-кистозна гіперплазія ендометрію - фоновий стан, аденоматозний поліп чи аденоматоз ендометрію — передраковий стан.
Завершальний етап.	Зібрати отриманий матеріал у ємкості із 10% розчином формальдегіду (окремо з цервікального каналу і порожнини матки). Оформити бланк направлення на патогістологічне дослідження, де вказати прізвище, ім'я, по батькові жінки, вік, відділення, попередній діагноз, вид маніпуляції, дату, прізвище лікаря. Відправити матеріал з направленням до лабораторії на гістологічне дослідження. Провести дезінфекцію обладнання та необхідних засобів.	Забезпечення умов виконання процедури. Забезпечення достовірності отриманих результатів. Забезпечення ефективності процедури. Забезпечення інфекційної безпеки.

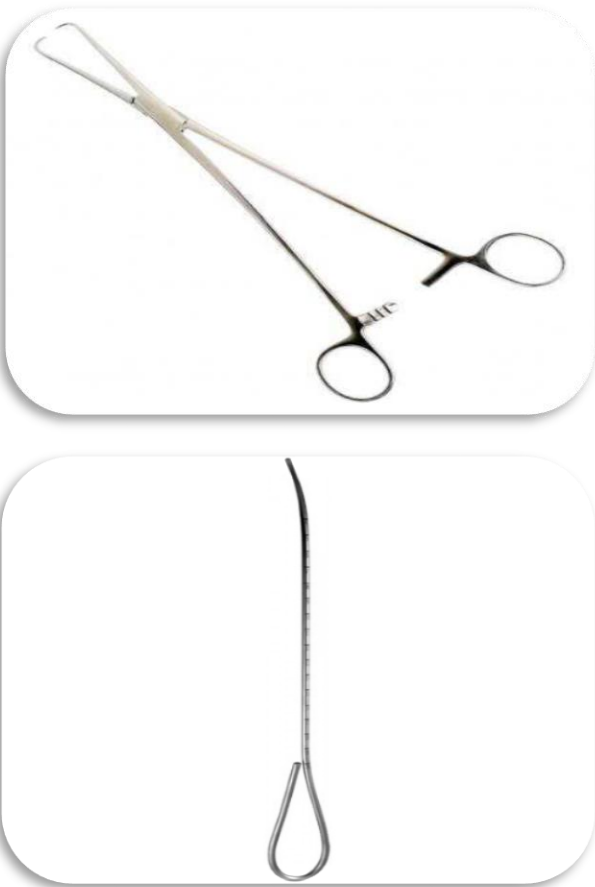
13. Підготовка набору інструментів для проведення зондування порожнини матки

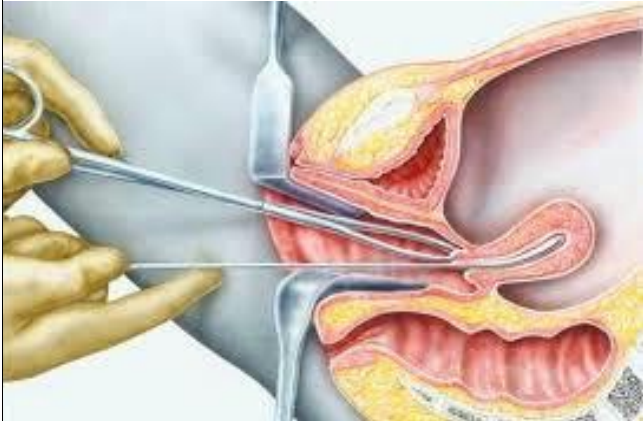
1. Місце проведення: гінекологічний стаціонар, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ .

2. Оснащення: ложкоподібне дзеркало Сімса, підіймач Отто, кульові щипці - 2 шт., корнцанг, матковий зонд (металевий гнучкий інструмент 20-30 см, з одного боку якого є потовщення у вигляді гудзика, інший зроблено у вигляді плоскої рукоятки, на поверхні зонда є сантиметрові поділки), пінцет, стерильні рукавички, антисептики для обробки шийки матки (Хлоргексидин, Бетадин), марлеві стерильні кульки.

3. Показання: проводиться з метою встановлення положення і напрямку порожнини матки, її довжини; уточнення відхилення та встановлення розмірів порожнини матки перед виконанням хірургічних маніпуляцій; підозра або наявність атрезії цервікального каналу.

4. Протипоказання: гострі запальні захворювання статевих органів, вагітність чи підозра на неї.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету процедури та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення процедури.
	Підготувати необхідні засоби для виконання маніпуляції.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
	Гінекологічне крісло застелити індивідуальною пелюшкою, на інструментальному столику на стерильній пелюшці розкласти ватні кульки, рукавички, інструментарій. 	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.

Основний етап	Провести хірургічну обробку рук, одягнути стерильні рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами. <i>Проведення даної маніпуляції можливе після введення в піхву дзеркал, захоплення шийки матки кульовими щипцями за передню губу та шляхом обережного введення маткового зонда спочатку в канал шийки матки, потім у порожнину матки до дна (кривизна маткового зонда має збігатися з віссю шийкового каналу та порожнини матки). Це дає можливість визначити довжину та форму порожнини цервікального каналу і матки, наявність випинань (пухлини), нерівностей (поліпи), перетинок тощо.</i> 	Забезпечення умов виконання процедури та достовірності отриманих результатів.
Завершальний етап.	Вивести зонд з порожнини матки, зняти кульові щипці.	Забезпечення виконання процедури.
	Провести дезінфекцію обладнання та необхідних засобів.	Забезпечення інфекційної безпеки.

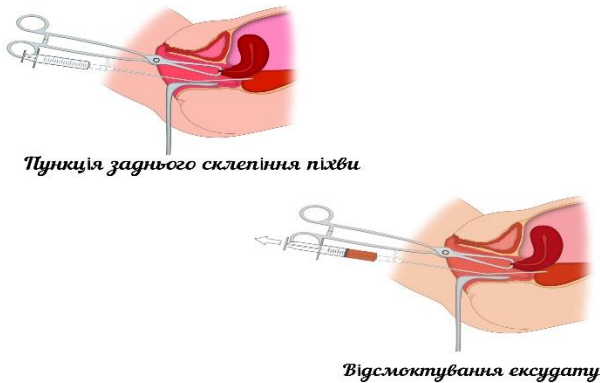
14. Підготовка набору інструментів для проведення пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви

1. Місце проведення: гінекологічний стаціонар, навчально-практичний центр, симуляційний центр, центр ОСКІ .

2. Оснащення: ложкоподібне дзеркало з підймачем Отто, кульові щипці для фіксації шийки матки, корнцанг - 2 шт, шприц з довгою пункційною голкою (№ 13 — 14), чистий лоток, ємність для збору пункційного матеріалу, стерильні рукавички, антисептичні засоби (Хлоргексидин, Бетадин), марлеві стерильні кульки, засоби для анестезії.

3. Показання: підозра на наявність вільної рідини в порожнині малого таза (кров, гній, серозна рідина), підозра на внутрішньочеревну кровотечу (апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, розрив кісти).

4. Протипоказання: гострі запальні захворювання піхви та шийки матки (кольпіт, цервіцит), виражені порушення згортання крові, спайковий процес у малому тазі.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітатись, представитись, вказати мету процедури та отримати згоду на його проведення.	Встановлення контакту з пацієнткою, отримання згоди на проведення процедури.
	Підготувати необхідні засоби для виконання маніпуляції.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
	Гінекологічне крісло застелити індивідуальною пелюшкою, на інструментальному столику на стерильній пелюшці розкласти ватні кульки, рукавички, інструментарій.	Забезпечення умов та ефективності виконання процедури.
Основний етап	Провести хірургічну обробку рук, одягнути стерильні рукавички.	Забезпечення інфекційної безпеки.
	Підготовка пацієнтки до обстеження (спорожнити сечовий міхур та пряму кишку за потреби). Запропонувати пацієнтці лягти на спину у гінекологічне крісло з напівзігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами.  Пункція заднього склепіння піхви Відсмоктування ексудату Після оброблення зовнішніх статевих органів і піхви антисептичним розчином, за допомогою дзеркал оголюють шийку матки, задню губу якої захоплюють кульовими щипцями та відтягують донереду і вниз. Голку вводять через заднє склепіння піхви на глибину 1-2 см паралельно шийці, з одночасною аспірацією шприцом. При відсутності рідини, голку злегка підтягують назад і вводять знову на 2-3 см лівіше або правіше. Повторне введення голки небезпечно. Гемоперитонеум підтверджують виявленням старої крові, згустку або крові,	Забезпечення умов виконання процедури та достовірності отриманих результатів. Примітка: Результати пункції черевної порожнини можуть бути як хибнопозитивні (при потрапінні голки в судину параметрія, піхви або матки), так і хибнонегативні (дефект просвіту голки, наявність лише невеликої кількості крові в черевній

	<i>що не згорнулася (дефібринованої). Виявлення свіжої крові, що не згортається, може бути пов'язане з потраплянням голки в судину.</i>	порожнині або виражений спайковий процес в ділянці придатків матки). Іноді при пункції отримують не темну кров, а серозну рідину з геморагічним компонентом, що не виключає порушеної ектопічної вагітності.
Завершальний етап.	За необхідності зібрати пунктат в ємкість для подальшого мікроскопічного, цитологічного чи бактеріоскопічного дослідження отриманої рідини.	Забезпечення умов та достовірності отриманих результатів.
	Оформити бланк направлення до лабораторії, де вказати прізвище, ім'я, по батькові жінки, вік, відділення, попередній діагноз, вид маніпуляції, дату, прізвище лікаря.	Забезпечення достовірності отриманих результатів.
	Відправити матеріал з направленням до лабораторії.	Забезпечення ефективності процедури.
	Провести дезінфекцію обладнання та необхідних засобів.	Забезпечення інфекційної безпеки.

IV. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Педіатрія»

1. Зважування дитини грудного віку

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: електронні ваги для зважування немовлят, антисептик, губка, одноразова пелюшка.

Показання: оцінка фізичного розвитку.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Пояснити родичам сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
	Встановити електронні дитячі ваги, що використовуються для зважування немовлят, з максимальною вагою зважування 20 кг, на нерухомій горизонтальній поверхні. Температура повітря у приміщенні, де	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції

	проводиться зважування, повинна становити не менше 21 0 С.	
	Протерти чашу ваги дезрозчином.	Дотримується інфекційна безпека
	Застелити чашу ваги чистою одноразовою пелюшкою.	Дотримується інфекційна безпека
	Підготувати дитину до маніпуляції (мінімум одягу, краще – без)	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	Покласти дитину на чашу ваг таким чином, щоб голова дитини була на розширеній її частині.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
	Притримувати дитину рукою, щоб дитина була в стані спокою.	
	Зафіксувати показник маси дитини.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
	Зняти дитину з чаші ваги.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
Завершальний етап	Внести отриманий показник у відповідну медичну документацію, наприклад, в історію розвитку дитини/медичну карту стаціонарного хворого, в т.ч. у відповідному графіку співвідношення маси до віку.	Забезпечується документування маніпуляції
	Протерти чашу ваги дезрозчином.	Дотримується інфекційна безпека

2. Вимірювання довжини тіла новонародженої дитини/дитини грудного віку

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: горизонтальний ростомір, антисептик, губка, одноразова пелюшка.

Показання: оцінка фізичного розвитку.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Пояснити родичам сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
	Розмістити ростомір паралельно до краю стола, біля якого стоїть дослідник, таким чином, щоб нерухома планка ростоміру була	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції

	зліва від нього, а рухома – справа. Температура повітря у приміщенні, де проводиться маніпуляція, повинна становити не менше 21 0 С.	
	Обробити ростомір антисептиком	Дотримується інфекційна безпека
	Застелити ростомір чистою одноразовою пелюшкою.	Дотримується інфекційна безпека
	Покласти дитину на спину на ростомір так, щоб її тім'яна частина голови торкалась до нерухомої планки ростоміра.	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	Випрямити лівою рукою ноги дитини, притискаючи коліна дитини до площини поверхні ростоміру.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
	Підвести однією рукою рухому планку ростоміру до стоп дитини і «зняти» показник на сантиметровій шкалі ростоміру.	
	Зафіксувати показник довжини дитини.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
	Зняти дитину з ростоміра.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
Завершальний етап	Внести отриманий показник у відповідну медичну документацію, наприклад, в історію розвитку дитини/медичну карту стаціонарного хворого, в т.ч. у відповідному графіку співвідношення довжини до віку.	Забезпечується документування маніпуляції
	Протерти ростомір дезрозчином.	Дотримується інфекційна безпека

3. Вимірювання обводу голови у дітей

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: м'яка сантиметрова стрічка, антисептик, одноразова пелюшка.

Показання: оцінка фізичного розвитку.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Пояснити родичам сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію

	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
	Надати дитині положення лежачи, сидячи або стоячи залежно від віку і стану дитини. Температура повітря у приміщенні, де проводиться маніпуляція, повинна становити не менше 21 0 С.	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Обробити сантиметрову стрічку антисептиком	Дотримується інфекційна безпека
	Накласти м'яку сантиметрову стрічку по наступних орієнтирах: ззаду - по найбільш виступаючій точці потилиці (потиличний горб), спереду – по надбрівних дугах.	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	Зафіксувати показник обводу голови дитини.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
Завершальний етап	Внести отриманий показник у відповідну медичну документацію, наприклад, в історію розвитку дитини/медичну карту стаціонарного хворого, в т.ч. у відповідному графіку співвідношення обводу голови до віку.	Забезпечується документування маніпуляції
	Протерти сантиметрову стрічку дезрозчином.	Дотримується інфекційна безпека

4. Вимірювання обводу грудної клітки у дітей

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: м'яка сантиметрова стрічка, антисептик, одноразова пелюшка.

Показання: оцінка фізичного розвитку.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Пояснити родичам сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію

	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
	Надати дитині положення лежачи, сидячи або стоячи залежно від віку і стану дитини. Температура повітря у приміщенні, де проводиться маніпуляція, повинна становити не менше 21 0 С.	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Обробити сантиметрову стрічку антисептиком	Дотримується інфекційна безпека
	Злегка відвести руки дитини в сторони від тулуба чи попросити її це зробити самостійно (за віком і станом).	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	Накласти м'яку сантиметрову стрічку по наступних орієнтирах: ззаду - під кутами лопаток, спереду – по нижньому краю ореол сосків	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	У дівчаток в період статевого дозрівання сантиметрова стрічка накладається на рівні ІV ребра над молочними залозами	Забезпечуються умови для отримання достовірного результату
	Зафіксувати показник обводу грудної клітки дитини.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції.
Завершальний етап	Внести отриманий показник у відповідну медичну документацію, наприклад, в історію розвитку дитини/медичну карту стаціонарного хворого, в т.ч. у відповідному графіку співвідношення обводу грудної клітки до віку.	Забезпечується документування маніпуляції
	Протерти сантиметрову стрічку дезрозчином.	Дотримується інфекційна безпека

5. Визначення частоти, глибини, ритму дихання.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: зручне місце для пацієнта, годинник чи секундомір, температурний лист/інша медична документація, ручка.

Показання: соматичні захворювання.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Попередити батьків пацієнта, що буде проведено дослідження пульсу	Виключається можливість керування диханням
	Отримати згоду на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	Взяти пацієнта за руку так, як для дослідження пульсу, спостерігати за екскурсією грудної клітки пацієнта і рахувати дихальні рухи за 30 с, результат помножити на два.	Визначається число дихальних рухів
	Якщо не вдається спостерігати екскурсію грудної клітки, продовжуючи тримати руку пацієнта за зап'ясток, покласти руки (свою і пацієнта) на грудну клітку і продовжити підрахунок. У дітей перших місяців життя проводять підрахунок ЧД через стетоскоп, піднісши його до носика дитини.	Імітація визначення пульсу. Виключається можливість керування диханням
Завершальний етап	Повідомити батькам пацієнта (пацієнту) результат	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	Записати результати у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів дослідження

6. Вимірювання артеріального тиску.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: тонометр, фонендоскоп, температурний лист/інша медична документація, ручка.

Показання: соматичні захворювання.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету, хід процедури та заспокоїти дитину	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Накласти манжетку на оголене плече пацієнта на 2-3см вище від ліктьового згину (одяг дитини не повинен стискати плече вище манжетки); закріпити манжетку так, щоб між нею і плечем проходив лише один палець. <i>Примітка:</i> не слід вимірювати АТ на руці де стоїть внутрішньовенний катетр .	Забезпечується достовірність результату
	Запропонувати пацієнту правильно покласти руку: в розігнутому стані долонею догори (якщо пацієнт сидить, попросити підкласти під лікоть стиснутий кулак кисті вільної руки)	Забезпечується повне розгинання кінцівки
	Перевірити положення стрілки манометра відносно нульової відмітки шкали	Перевіряється готовність апарата до роботи
	Протерти мембрану фонендоскопа спиртом	Дотримується інфекційна безпека
	Знайти місце пульсації плечової артерії в ділянці ліктьової ямки і поставити на це місце мембрану фонендоскопа	Забезпечується достовірність результату
	Закрити клапан на груші, повернувши його вправо, і нагнати повітря під контролем фонендоскопа до тих пір, поки тиск у манжетці за показниками манометра не перевищить на 20 мм рт.ст. той рівень, за якого зникають тони .	Виключається дискомфорт, пов'язаний з надмірним перетисканням артерії та забезпечується достовірний результат
	Випустити повітря з манжетки поступово шляхом відкриття клапана. Одночасно фонендоскопом вислуховувати тони на плечовій артерії і слідкувати за показниками шкали манометра.	За такої швидкості збільшується достовірність результату
	У момент виникнення над плечовою артерією перших звуків запам'ятати показник на шкалі, що відповідає систолічному тиску	Визначається систолічний тиск
	Продовжуючи випускати повітря, зафіксувати показник на шкалі у момент послаблення або повного зникнення тону (діастолічний тиск)	Визначається діастолічний тиск
	Оцінити результат обстеження.	З урахуванням цих показників забезпечується достовірність результату
	Повторити п. 11-13 ще 2 рази з інтервалом у 2-3 хв	Забезпечується достовірний результат вимірювання артеріального тиску

Заключний етап	Дані вимірювання округлити до 0 або 5, записати у вигляді дробу (наприклад 100/60 мм рт.ст.)	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результати вимірювання	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Протерти мембрану фонендоскопа спиртом	Дотримується інфекційна безпека
	Вимити і висушити руки	
	Задokumentувати дані дослідження у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів вимірювання артеріального тиску

7. Дослідження пульсу на променевій артерії.

Місце проведення: лікувальні заклади

Оснащення: зручне місце розташування для пацієнта, годинник, медична документація.

Показання: захворювання серцево-судинної системи, соматичні захворювання, профілактичний огляд.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам пацієнта (пацієнту) сутність і хід процедури та заспокоїти пацієнта	Забезпечується психологічна підготовка пацієнта до процедури
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	Під час процедури пацієнт може сидіти (запропонувати розслабити руку, при цьому кисть та передпліччя не повинні висіти) або лежати (рука також розслаблена)	Забезпечується точність результату
	Притиснути II, III, IV пальцями променеві артерії на обох руках пацієнта (I палець повинен розміщуватися з тильного боку кисті) і відчутти пульсування артерії	Порівнюються характеристики пульсу на обох руках
	Взяти годинник або секундомір і дослідити пульсування артерії протягом 30 с. Помножити на 2 (якщо пульс ритмічний). Якщо пульс не ритмічний, рахувати протягом 1 хв.	Забезпечується точність визначення пульсу. У здорової дитини частота пульсу відповідає ЧСС.

	Притиснути артерію сильніше, ніж раніше, до променевої кістки і визначити напруження пульсу (якщо пульсування зникне при помірному натисканні - напруження добре; якщо пульсування не слабне - пульс напружений, якщо пульсування зникло - напруження слабке)	Забезпечується визначення напруження пульсу
	Не знімаючи пальців з артерії припинити тиск і визначити, як швидко з'явиться пульсація: а) при хорошому наповненні пульсація відчувається зразу; б) при слабкому наповненні – через деякий час; в) якщо при цьому пульсація дуже слабка – пульс ниткоподібний	Забезпечується визначення наповнення
Завершальний етап	Повідомити батькам пацієнта результат дослідження	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	Записати результати обстеження в температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів дослідження пульсу

8. Вимірювання температури тіла дитини

Місце проведення: лікувальні заклади, домашні умови.

Оснащення: медичний термометр або інфрачервоний термометр.

Показання: інфекційні захворювання, соматичні захворювання, профілактичний огляд

Протипоказання: попірлості в паховій ямці.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Забезпечується психологічна підготовка пацієнта до процедури
	Отримати згоду батьків пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	Струснути термометр і переконатися, що ртутний стовпчик опустився нижче 35°C	Забезпечується точність результатів вимірювання температури
	Оглянути пахову ділянку, оцінити її стан. При наявності попірлості або дерматиту вимірювати температуру в іншій ділянці	

Основний етап	Витерти насухо пахову ділянку пацієнта рушником	Забезпечується точність результату
	Помістити резервуар термометра в пахову ділянку так, щоб він доторкався до шкіри (пацієнт повинен притиснути плече до грудної клітки)	Забезпечуються умови для отримання правильного результату
	Вийняти термометр із пахової ділянки через 7- 10 хв і оцінити його показники Піднести інфрачервоний термометр до чола дитині і, не дотикаючись до шкіри, провести вимірювання температури.	Оцінюються отримані дані
Завершальний етап	Повідомити пацієнту результати термометрії	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Записати результат термометрії в температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів термометрії
	Струснути термометр так, щоб ртутний стовпчик опустився в резервуар	Підготовка термометра до наступного вимірювання температури тіла
	Помістити термометр в дезінфекційний розчин	Дотримується інфекційна безпека
	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека

9. Взяття мазка із зіву для бактеріологічного дослідження та визначення чутливості до антибіотиків.

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: стерильний шпатель, стерильна пробірка для забору матеріалу та транспортним середовищем, штатив для пробірок, направлення в лабораторію, маркувальний олівець, маска, рукавички

Показання:соматичні захворювання.

Протипоказання: різке погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Початковий етап	Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
	Одягнути маску і рукавички	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції

	Запропонувати пацієнтові сісти обличчям до вікна або джерела світла (мама може утримувати дитину на руках, фіксуючи їй голову правою рукою, а ліва рука охоплює грудну клітку)	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Попросити пацієнта широко відкрити рот	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Взяти у ліву руку шпатель та пробірку з тампоном	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Лівою рукою притиснути шпателем корінь язика донизу	Забезпечується доступ до мигдаликів
	Правою рукою витягти тампон з пробірки та обережно ввести його у ротову порожнину, не торкаючись слизової	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
	Зробити мазок по поверхні мигдаликів на межі здорової та ураженої ділянки	
	Вийняти тампон із порожнини рота та обережно помістити отриманий матеріал в стерильну пробірку, не торкаючись її горловини <i>Примітка:</i> взяття мазка із зіву проводиться натще або не раніше, ніж через 2 години після прийняття їжі, пиття або полоскання горла	Забезпечується правильність виконання маніпуляції. Дотримується інфекційна безпека
Завершальний етап	Покласти використаний шпатель у ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
	Промаркувати пробірку та поставити її в штатив	Забезпечується достовірність результату
	Зняти маску, рукавички, покласти їх в ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	Оформити направлення в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції
	Негайно відправити матеріал в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується правильність проведення бактеріологічного дослідження
	Зробити запис про проведення маніпуляції в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

10. Взяття мазка із носа для бактеріологічного дослідження

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: стерильний шпатель, стерильна пробірка для забору матеріалу з транспортним середовищем, штатив для пробірок, направлення в лабораторію, маркувальний олівець, маска, рукавички

Показання: соматичні захворювання.

Протипоказання: різке погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
	Одягнути маску і рукавички	
Основний етап	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується виконання маніпуляції
	Запропонувати пацієнту сісти обличчям до вікна або джерела світла (мама може утримувати дитину на руках, фіксуючи її голову правою рукою а ліва рука охоплює грудну клітку)	Забезпечуються зручні умови для виконання маніпуляції
	Взяти у ліву руку пробірку, цією ж рукою підняти кінчик носа	
	Правою рукою ввести стерильний тампон в праву, а потім в ліву ніздрю круговими рухами на глибину 1,5-2 см, щільно торкаючись до її стінок	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
	Вийняти тампон із порожнини носа та обережно помістити отриманий матеріал в стерильну пробірку, не торкаючись її горловини	
Завершальний етап	Промаркувати пробірку та поставити її в штатив	Забезпечується достовірність результату
	Зняти маску, рукавички, покласти їх в ємність для дезінфекції	Дотримується інфекційна безпека
	Вимити і висушити руки	
	Оформити направлення в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується документування
	Негайно відправити матеріал в бактеріологічну лабораторію.	
	Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	

11. Взяття калу на бактеріологічне дослідження

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: стерильна пробірка для забору матеріалу з транспортним середовищем, направлення в лабораторію, рукавички

Показання:захворювання ШКТ

Протипоказання: різке погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду на її проведення	
	Помити руки під проточною водою з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником	Дотримується інфекційна безпека
	Одягнути гумові рукавички	Дотримується інфекційна безпека
Основний етап	Взяти шпателем із трьох різних місць свіжий кал (бажано слизово-гнійних) Випорожнення можуть бути у горщику або на пелюшці. <i>Примітка:</i> кал береться після природного акту дефекації. Кров не брати – вона має бактерицидну дію!	Забезпечується правильність виконання маніпуляції Попереджається загибель мікроорганізмів
	Помістити фекалії у стерильну баночку (контейнер) та закрити притертим корком. <i>Примітка:</i> якщо термін від моменту взяття матеріалу до посіву перевищує 2 год., то фекалії вміщують у стерильну баночку з консервуючою рідиною	Забезпечується правильність виконання маніпуляції. Дотримується інфекційна безпека Попереджається загибель мікроорганізмів
Завершальний етап	Знезаразити випорожнення дезінфікуючим засобом	Дотримується інфекційна безпека
	Зняти рукавички і покласти їх в ємність для дезінфекції	
	Вимити та висушити руки	
	Заповнити направлення та відправити матеріал в бактеріологічну лабораторію	Забезпечується документування та послідовність виконання маніпуляції
	Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

12. Техніка внутрішньовенного введення лікарських засобів.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: стерильні: шприци (10-5 мл), голки для внутрішньовенних ін'єкцій, серветки, лоток, рукавички, маска, пінцет в дезінфікуючому розчині; захисний екран (окуляри), антисептик, подушечка, автоматичний джгут, рушник, клейонка, лікарські препарати в ампулах / флаконах, пилочка, лоток для використаного матеріалу, ємкість для використаного матеріалу.

Показання: соматичні захворювання.

Протипоказання:ушкодження шкіри в місці ін'єкції.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Психологічно підготувати дитину до маніпуляції	Встановлення контакту з дитиною
	Отримати згоду на її проведення у батьків дитини.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується попередження ускладнень
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
	Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук. Надіти маску і рукавички.	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції	Забезпечується виконання процедури
	Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Попереджується помилкове введення ліків, правильність дозування
	Набрати в шприц ліки та розчинник з ампул та флакону. Одягнути ін'єкційну голку, перевірити її прохідність, поршнем витискаючи повітря з шприця	Створюються умови для виконання процедури
	Оцінити самопочуття дитини через маніпуляцією.	Оцінка стану дитини
	Запропонувати дитині сісти чи лягти. Визначити місце ін'єкції	Забезпечується зручність виконання процедури
	Одягнути рукавички при необхідності – окуляри	Забезпечується попередження професійних ускладнень
	Передпліччя пацієнта укласти на тверду основу внутрішньою поверхнею догори. Під лікоть підкласти гумову подушечку та клейонку	Забезпечується повне розгинання ліктьового суглобу
	Визначити пульс у дитини.	Забезпечується порівняння властивостей пульсу
	Накласти на плече, на 5-7 см вище ліктьового суглоба, джгут автоматичний (на кофтинку, рушник чи серветку) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору	Забезпечується наповнення вени. Попереджається травмування шкіри плеча
	Перевірити пульс на променевій артерії	Забезпечується правильне накладання джгута
	Попросити дитину кілька раз стиснути і розтиснути кулачок	Забезпечується наповнення вени

	Вибрати найбільш наповнену вену	Забезпечується ефективність виконання процедури
	Попросити стиснути кулак	Забезпечується наповнення вени
	Протерти внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками, змоченими в спирті, зняти залишки спирту	Забезпечується інфекційна безпека
	Взяти шприц у праву руку так, щоб вказівний палець фіксував муфту голки, а інші охоплювали циліндр шприца	Забезпечується правильне положення шприца
	Перевити прохідність голки та відсутність повітря в шприці	Забезпечується попередження ускладнень
	Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру ліктьового згину вниз по ходу вени. Зафіксувати вену	Створюються умови ефективного виконання процедури
	Тримаючи шприц паралельно до шкіри, зрізом голки догори, провести венепункцію. Відчувши «провал», легенько підтягнути поршень до себе до появи крові в шприці	Перевірка знаходження шприца у вені
	Під муфту голки підкласти стерильну серветку	Забезпечується інфекційна безпека
	Зняти джгут лівою рукою	Забезпечуються умови виконання процедури
	Попросити пацієнта розтиснути кулак; ще раз потягнути поршень на себе	Перевірка знаходження шприца у вені
	Не змінюючи положення шприца, першим пальцем лівої руки натиснути на рукоятку поршня, повільно ввести ліки (стежити за станом пацієнта), залишити в шприці 1 мл рідини	Забезпечується введення ліків та попередження ускладнень
	Притиснути до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті, різким рухом витягнути голку на серветку	Забезпечується інфекційна безпека
	Попросити пацієнта зігнути руку в ліктьовому суглобі разом з ватною кулькою на 3-5 хвилин до зупинки кровотечі Запитати у пацієнта про його самопочуття. Якщо немає скарг, забрати ватну кульку	Забезпечується попередження ускладнень
Завершальний етап	Продезинфікувати використане оснащення	Забезпечується інфекційна безпека
	Зробити запис про проведення процедури.	Забезпечується документування медсестринського догляду
	Зняти і продезинфікувати маску, рукавички.	Забезпечується інфекційна безпека

13. Техніка виконання внутрішньом'язової ін'єкції

Місце проведення: маніпуляційний кабінет

Оснащення: стерильні: шприци (5-2 мл), голки для внутрішньом'язових ін'єкцій, серветки, лоток, рукавички, маска, антисептик, лікарські препарати в ампулах/флаконах, пілочка, лоток для використаного матеріалу, ємкість для використаного матеріалу.

Показання:соматичні захворювання, профілактичні щеплення.

Протипоказання:ураження шкіри в місці проведення ін'єкції.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Психологічно підготувати батьків дитини (пацієнта) до маніпуляції	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Уточнити індивідуальну чутливість до препарату	Забезпечується профілактика ускладнень
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
	Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для рук	Забезпечується інфекційна безпека
	Одягнути маску і рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
	Звірити напис на упаковці з листом призначення (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	Підготувати весь стерильний матеріал та шприц до виконання ін'єкції. Набрати ліки	Забезпечується виконання процедури
	Запитати пацієнта про самопочуття	Забезпечується оцінка стану пацієнта
	Запропонувати дитині лягти на живіт або на бік (при необхідності допомогти зафіксувати дитину на руках у батьків)	Забезпечується зручність виконання процедури
	Визначити місце ін'єкції: - верхньо-зовнішній квадрант сідниці;	Забезпечується правильність виконання процедури
	Оглянути можливе місце ін'єкції, обережно його пропальпувати	Забезпечується попередження ускладнень
	Протерти місце ін'єкції по чергово ватними кульками змоченими в спирті	Забезпечується інфекційна безпека
	Протерти місце ін'єкції по чергово ватними кульками змоченими в спирті	
	Видалити із шприца пухирці повітря	Забезпечується попередження ускладнення
	Тримати приготовлений шприц голкою донизу, розтягнути шкіру на місці ін'єкції. Різким рухом ввести голку перпендикулярно	Забезпечується правильне виконання процедури

	до поверхні шкіри на 2/3 її довжини (при виконанні ін'єкції у верхньо-зовнішній квадрант сідниці)	
	Підтягнути поршень шприца на себе і перевірити, чи не потрапила голка в просвіт кровоносної судини (у циліндрі шприца не повинно бути крові)	Забезпечується попередження ускладнення
	Повільно ввести ліки, натискуючи на поршень шприца	Забезпечується уникнення неприємних відчуттів
	Прикласти стерильну ватну кульку до місця ін'єкції і швидким рухом вийняти голку, промасажувати місце ін'єкції	Забезпечується інфекційна безпека. Зменшуються больові відчуття. Покращується розподіл ліків
	Оцінити стан дитини та самопочуття.	Забезпечується попередження ускладнення
Завершальний етап	Продезінфікувати використане оснащення	Забезпечується інфекційна безпека
	Зробити запис про проведення процедури	Забезпечується документування медсестринського догляду
	Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека

14. Методика забору сечі для загального дослідження

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: контейнер для збору сечі, направлення на обстеження.

Показання: захворювання сечовидільної системи, соматичні захворювання.

Протипоказання: анурія.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам дитини послідовність проведення процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Проінформувати батьків пацієнта (пацієнта) про необхідність ранкового туалету зовнішніх статевих органів перед збиранням сечі	Забезпечується правильна підготовка до виконання маніпуляції
	Пояснити пацієнтові порядок збирання сечі (випустити незначну кількість сечі в унітаз, наступну порцію сечі зібрати в контейнер, останню порцію - в унітаз)	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
Основний етап	Зібрати середню порцію сечі (50-100 мл) в чисту суху прозору посудину (контейнер) після туалету зовнішніх статевих органів(підмити дитину)	

	<i>Примітка:</i> якщо пацієнт не в змозі самотійно зібрати сечу, виконати процедуру допомагає медичний працівник	
Завершальний етап	Якщо процедуру виконано то варто помити руки та просушити їх полотенцем.	Дотримується інфекційна безпека
	Заповнити направлення та відправити сечу в лабораторію	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції
	Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

15. Техніка забору сечі за Нечипоренко

Місце проведення: медичні установи.

Оснащення: чиста ємкість, направлення на обстеження.

Показання: захворювання сечовидільної системи ,соматичні захворювання.

Протипоказання: анурія.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити батькам дитини послідовність проведення процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	3. Проінформувати батьків пацієнта (пацієнта) про необхідність ранкового туалету зовнішніх статевих органів перед збиранням сечі	Забезпечується правильна підготовка до виконання маніпуляції
	4. Пояснити пацієнтові порядок збирання сечі (випустити незначну кількість сечі в унітаз, наступну порцію сечі зібрати в контейнер, останню порцію - в унітаз)	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
Основний етап	5. Зібрати середню порцію сечі (15-25 мл) в чисту суху прозору посудину (контейнер) після туалету зовнішніх статевих органів(підмити дитину) <i>Примітка:</i> щільно закрити посудину. Маємо можливість в аналізі оцінити кількість лейкоцитів ,еритроцитів, циліндрів в 1 мл сечі.	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
Завершальний етап	6. Якщо процедуру виконано то варто помити руки та просушити їх полотенцем.	Дотримується інфекційна безпека
	7. Заповнити направлення та відправити сечу в лабораторію	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції
	8. Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

16. Техніка збирання сечі за Зимницьким.

Місце проведення: медичні установи, дитячі лікарні.

Оснащення: чиста ємкість 8 шт (пронумеровані), направлення на обстеження.

Показання:захворювання сечовидільної системи, соматичні захворювання.

Протипоказання: анурія.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту послідовність проведення процедури	Встановлення контакту з пацієнтом
	2. Отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	3. Проінформувати батьків дитини (пацієнта) про необхідність ранкового туалету зовнішніх статевих органів перед збиранням сечі	Забезпечується правильна підготовка до виконання маніпуляції
	4. Пояснити пацієнтові порядок збирання сечі (звільнити сечовий міхур, наступну порцію сечі зібрати в ємкість протягом 3-х годин,потім наступні порції....)	Забезпечується правильність виконання маніпуляції
Основний етап	5. Послідовність дій. Почати збирати сечу з 6 год до 9 год, ємкість повинна бути підписана. Таких ємкостей повинно бути 8-м.Друга порція з 9год-12год і так далі. Медична сестра контролює цей процес вночі розбудивши пацієнта, щоб він помочився. Окрім цього медична сестра контролює кількість випитої рідини (супи,соки,компоти.). Закінчення процедури о 6 ранку наступного дня. <i>Примітка:</i> Якщо пацієнту прийшов час помочитися а позивів нема, то ємкість залишається порожньою. Якщо вся ємкість заповнена, а позови на сечопуск є, то додати додаткову ємкість (наприклад 5-5а)	Забезпечується правильність виконання маніпуляції Оцінюють питому вагу кожної порції сечі,обєм сечі відповідно до порційзібраної сечі .Співвідношення денного та нічного діурезу.
Завершальний етап	6. Закінчення процедури Якщо процедуру виконано то варто помити руки та просушити їх полотенцем.	Дотримується інфекційна безпека
	7. Заповнити направлення та відправити сечу в лабораторію якомога швидше.	Забезпечується послідовність виконання маніпуляції
	8. Зробити запис про проведення процедури в листку лікарських призначень (форма 003-4/о)	Забезпечується документування маніпуляції

17. Техніка проведення очисної клізми дитині раннього віку.

Місце проведення: дитяча лікарня,домашні умови.

Оснащення: рукавички та фартух, клейонка та пелюшка, гумовий балон для клізми,ємкість з водою, вазелінова олія, горщик, дезрозчин, лоток.

Показання: очищення кишківника

Протипоказання : гострі запальні процеси прямої кишки, шлунково-кишкові кровотечі.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити матері сутність і хід майбутньої процедури та отримати згоду на її проведення	Пацієнт заохочується до співпраці. Дотримуються права пацієнта на інформацію
	Підготувати місце для проведення процедури.	Забезпечується інтимність виконання процедури
	Підготувати необхідне оснащення	Необхідна умова для проведення процедури
	Вимити і висушити руки. Надіти рукавички, маску, водонепроникний фартух	Забезпечується інфекційна безпека
	Взяти гумовий балончик у праву руку і випустити з нього повітря. Ввести необхідну кількість рідини залежно від віку: новонароджена дитина-20-30 мл. 1-3 місяці-60 мл 3-6 місяців-90 мл 6-9 місяців 120-150 мл 9-12 місяців-180 мл Температура води для дітей раннього віку становить 28-30 °C Для дітей старшого віку 22-25 ⁰	Перевіряється цілісність гумового балона. Вибрати кількість рідини для проведення клізми. Холодна вода стимулює перистальтику кишок. Тепла вода зменшує спазм непосмугованих м'язів і сприяє випорожненню кишок. Вода кімнатної температури розріджує калові маси і викликає перистальтику.
	Постелити на столик пеленку та клейонку, поряд чисту пеленку для витирання дитини після підмивання. Змастити кінець гумового балона вазеліновою олією.	Необхідна умова для проведення процедури
Основний етап	Розвести сідниці I та II пальцями лівої руки, правою рукою обережно витиснути з балончика повітря. Увести наконечник у анальний отвір не розтискаючи балон. Спрямуйте наконечник спочатку в напрямку до пупка, а потім паралельно до куприка	Полегшується введення наконечника в пряму кишку, уникаються неприємні відчуття у пацієнта
	Трохи відкрити вентиль, щоб вода повільно витікала в кишку. Якщо вода не надходить в кишку, підняти кухоль вище, ніж на 1 метр, або змінити положення наконечника. У разі відсутності результату замінити наконечник	Уникаються неприємні відчуття у пацієнта. Отвір наконечника може закриватися

		каловими масами або притискатися до стінки кишки
	Запропонувати пацієнту глибоко дихати животом	Покращується проходження води в кишках за рахунок зміни внутрішньочеревного тиску
	Введіть воду, поволі натискаючи на балон знизу	Не допускається травмування слизової оболонки кишки. Забезпечується інфекційна безпека
	Витягніть наконечник з прямої кишки не розтискаючи балон. Лівою рукою стисніть сідниці дитини на 3-5 хв.	Забезпечується інфекційна безпека
	Покладіть дитину на спину. прикрийте пелюшкою, якщо малюк вміє сидіти посадити на горщик і очікувати акт дефекації.	Виключається забруднення білизни
Завершальний етап	Закінчення процедури. Підмити дитину ,витерти рушником та одягнути памперс.	Забезпечується інфекційна безпека
	Дати дитину матері або покласти в ліжечко.	Виключається ризик падіння при ходьбі.
	Проведіть дезинфекцію всього інструментарію що використовували.Проведіть гігієнічну обробку рук.	Оцінка ефективності процедури
	Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

18. Техніка проведення лікувальної клізми дитині раннього віку.

Місце проведення: дитяча лікарня.

Оснащення: грушоподібний балон для очисної клізми, газовивідна трубка (м'який гумовий катетр), вазелін, лікарський препарат (10-75 мл) відповідно віку, підігрітий до 37-38° С, туалетний папір, рукавички, водонепроникний фартух, маска, клейонка, пелюшка.

Показання: запальні процеси товстого кишечника, введення ліків через кишківник.

Протипоказання: шлунково-кишкові кровотечі, погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити матері суть і хід майбутньої процедури та отримати згоду на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати місце для проведення процедури.	Забезпечується інтимність виконання процедури

	За 30-40 хв до постановки лікувальної клізми зробити пацієнту очисну клізму (див. Практичний навичок очисна клізма)	Забезпечується очищення слизової оболонки прямої кишки і можливість терапевтичної дії
	Вимити і висушити руки. Надіти фартух, рукавички, маску. Постелити на пеленальний столик клейонку, а на неї пелюшку. Підготувати рекомендовану кількість теплового лікарського препарату. Температура розчину 38-37 градусів. Об'єм рідини залежить від віку: до 1 року 10-15мл, від року до 5-ти по 20 мл, від 5-до 10 років до 50 мл, старші діти до 75 мл.	Забезпечується інфекційна безпека. Підігрітий лікарський препарат швидше взаємодіє зі слизовою оболонкою кишТХУВRF. За температури розчину нижче ніж 37°C виникають позиви на дефекацію
Основний етап	Дитину покласти на спину або на лівий бік. М'який гумовий катетр або газовідвідну трубку змастити вазеліновим маслом Ніжки підняти .	У зв'язку з анатомічною особливістю розташування прямої та сигмоподібної кишок полегшується виконання процедури. Допустиме положення для даної процедури
	Лівою рукою розвести сідниці, а правою рукою повільними обертальними рухами ввести наконечник (катетр, газовідвідну трубку) у пряму кишку на глибину 7-8 см. Глибина введення різна відповідно до віку: грудний вік 7-8 см, вік 1-3 роки на 8-10см, від 3 до 7 років на 10-12 см, шкільний вік до 15-20 см	Забезпечується введення лікарського засобу на достатню глибину
	Приєднати до трубки (катетера) шприц і повільно (дуже повільно) ввести лікарський препарат	Запобігання неприємним відчуттям у пацієнта
	Лівою рукою затиснути гумовий катетр біля сідниць, від'єднати шприц, витягнути катетр із прямої кишки і покласти у лоток	Запобігання всмоктуванню препарату назад у балон. Забезпечується інфекційна безпека
Завершальний етап	Затиснути сідниці дитини на 15-20 хв. Одягнути памперс дитині та очікувати покращення стану.	Профілактика інфекції сечовивідних шляхів
	Повернути дитину мамі і продовжити слідкувати за станом дитини.	Забезпечується послідовність догляду
	Зробити запис про виконання процедури і реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

19. Техніка промивання шлунку тонким зондом

Місце проведення: маніпуляційний кабінет медичної установи.

Оснащення: тонкий шлунковий зонд, рушник, серветки, шпатель, стерильна посуда для промивних вод, посуда з кип'яченою водою кімнатної температури (до 10 л), рукавички, водонепроникний фартух, фіз.розчин, шприц Жане ємкістю 0,5 л, лійка, направлення на обстеження, дезінфікуючий розчин.

Показання: отруєння харчові, медикаментозні, хімічні. Токсикоінфекція, захворювання ШКТ

Протипоказання: погіршення стану пацієнта, судомний синдром.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити родичам дитини хід процедури. Отримати згоду. Надіти засоби індивідуального захисту (фартух). Провести гігієнічну обробку рук. Посадіть і зафіксуйте дитину (ногами фіксує ноги дитини, рукою тримає руки, голову фіксує іншою рукою поклавши на долоню на лоб дитини)	Захищається одяг від забруднення
Основний етап	Визначити довжину зонда від різців до пупка. Надягти на дитину фартух. Поставити ємкість для промивних вод біля ніг дитини. Змочити зонд водою. Відкрийте рот дитини за допомогою шпателя, якщо дитина сама не відкриває рот. Уведіть зонд уздовж середньої лінії язика аж до кореня та попросіть зробити декілька ковтальних рухів, просуньте зонд по стравоходу до позначки яку ви зробили.	Забезпечується можливість промивання шлунка
	Приєднати до зонда лійку або шприц Жане без поршня (залежно від віку дитини). Опустіть шприц Жане (лійку) нижче рівня шлунку і налейте води для промивання (температура води 20-22 градуси). Кількість рідини для промивання 1 л на рік життя (підліткам до 8-10 л при проведенні промивання). Вік дитини 1-2 місяці (200 мл), 2-5 міс (500мл), 6-9 міс (600-800 мл), 9-12 міс (800-1000мл)	
	Поволі піднімайте шприц Жане (лійку) вгору, стежте щоб вода надходила у шлунок (вода має опуститися до носика лійки)	Забезпечується виконання процедури
	Плавнo опустити шприц Жане (лійку) нижче за початковий рівень і почекати поки він заповниться. Вилийте вміст у ємкість. Першу порцію використовують для бактеріологічного дослідження	Забезпечується видалення вмісту шлунка
	Продовжити промивати шлунок доки промивні води не стануть чистими, стежити щоб рівень рідини введеної був приблизно однаковий з виведеною рідиною.	Забезпечується промивання шлунка
	Повторювати промивання поки не буде використана вся вода, що була приготовлена для промивання	Важливо видалити не тільки вміст шлунка, а й токсини, що

Завершальний етап		виділяються слизовою оболонкою шлунка
	Після закінчення процедури від'єднати шприц Жане (лійку) і вилучити зонд із шлунка швидким рухом обгорнувши його серветкою	Попереджується забруднення одягу і рук
	Прополоскати рот дитини .передайте дитину батькам. Занурити використане обладнання в посудину з дезінфекційним розчином	Дотримується інфекційна безпека
	Зняти фартухи, покласти їх в посудину з дезінфекційним розчином або у водонепроникний мішок	
	Зняти рукавички, допомогти пацієнту вмитися і набути зручного положення	Забезпечується необхідний відпочинок після процедури
	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	Виписати направлення та відправити посудину з промивними водами в лабораторію. Решту промивних вод вилити в каналізацію після дезінфекції	
	Зробити запис про проведення процедури та реакцію дитини у відповідній медичній документації	Забезпечується документування процедури

20. Техніка введення назогастрального зонду

Місце проведення:реанімаційні відділення новонароджених (пологовий будинок)

Оснащення: назогастральний зонд дитячий, стерильні рукавички, пелюшка, фіз.розчин шприц для годування.

Показання: передчасно народжена дитина, відсутність смоктання, вроджені вади серця, важкі порушення дихання, вроджені вади розвитку.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта, судомний синдром.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам малюка хід проведення та сутність майбутньої процедури (якщо це можливо) і отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати оснащення (зонд назогастральний дитячий)	Забезпечується швидке та ефективне проведення процедури.
	Визначити найсприятливіший спосіб введення зонда.	Процедура дозволяє визначити найбільш прохідну половину носа
Основний етап	Визначити відстань, на яку слід увести зонд: від перенісся до мочки вуха і вниз до мечеподібного відростка .	Забезпечується правильне введення зонда в шлунок
	Виміряти відстань на яку потрібно вводити зонд	Створюється фізіологічне положення при ковтанні

	Прикрити дитину пелюшкою	Захищається одяг дитини від забруднення. Дотримується інфекційна безпека
	Вимити і висушити руки. Надіти рукавички	Дотримується інфекційна безпека
	Добре обробити сліпий кінець зонда гліцерином або водою перекип'яченою.	Полегшується введення зонда. Запобігаються неприємні відчуття і травмування слизової оболонки носа
	Підійти до дитини справою боку, лівою рукою зафіксувати голову.	Забезпечується можливість швидкого введення зонда
	Правою рукою ввести зонд через носовий хід взявши його рукою на відстані 7-8 см від кінця	Природні вигини носового ходу полегшують проведення зонда
	Переконались у правильності знаходження зонда : шприцом відтянути вміст шлунка.	Забезпечується впевненість що зонд у шлунку .
	Після цього преднати шприц для годування з грудним молоком або сумішшю до вільного кінця зонда.	Процес годування оцінити.
	Повільно вводити необхідний об'єм молока, слідкуючи за станом дитини.	Слідкуємо за введеним об'ємом молока.
	Переконались, що з дитиною все гаразд і вона може вільно дихати ,відсутнє зригування	Підтверджується правельне положення зонда.
	Оцінити гемодинамічні показники малюка.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	У разі потреби залишити зонд в шлунку на 12 годин відрізати пластир завдовжки 2 см, розрізати його в довжину навпіл. Прикріпити лейкопластир до перенісся.	Виключається зсування зонда.
	Закрити зонд заглушкою .	Не допускається витікання шлункового вмісту між годуваннями
	Викласти дитину в зручному положенні.	Забезпечується правильне положення тіла
Завершальний етап	Зняти рукавички,. Вимити та висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	Зробити запис про проведення процедури у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури

	Промивати зонд кожні 4 год 2 мл ізотонічного розчину натрію хлориду	Забезпечується підтримка прохідності зонда

21. Проведення біохімічного скринінгу новонароджених.

Місце проведення: пологовий будинок.

Оснащення: скарифікатор, дезінфікуючий розчин, стерильні гумові рукавички, попередньо підготовлена (заповнена) тест-картка.

Показання: діагностика ряду захворювань, які без своєчасного лікування можуть привести до розумової відсталості, втрати слуху, розвитку інфекційних хвороб, різних форм вад серця, летальних наслідків (адрено-генітальний синдром, муковісцидоз, фенілкетонурія, вроджений гіпотеріоз)

Протипоказання: вкрай важкий стан дитини.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам дитини сутність та хід майбутньої процедури та отримати згоду пацієнта на її проведення	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати пеленальний столик	Забезпечують умови до виконання процедури
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечують необхідне оснащення для проведення процедури
Основний етап	Вимити і висушити руки. Надіти рукавички	Забезпечується інфекційна безпека
	П'ятка новонародженого дезінфікується, проводиться прокол скарифікатором.	Забезпечується правильність виконання
	Краплі крові наносяться на підготовлену тест-картку так, щоб виділені кружечки були повністю просочені кров'ю.	Забезпечується правильність виконання
	Зразки висушуються протягом 2-3 годин	Забезпечується правильність виконання
	Тест-картка упаковується в підготовлений конверт і відправляється на дослідження до спеціалізованої лабораторії.	Забезпечується правильність виконання
Завершальний етап	Занурити використане обладнання в дезінфекційний розчин	Забезпечується інфекційна безпека
	Зробити запис у історію розвитку новонародженого, вказати дату проведення скринінгу	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

22. Техніка проведення діагностичної проби Манту.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: ампула з ліками (туберкулін), стерильний туберкуліновий шприц та голки, серветки, антисептик, лоток, маска, рукавички.

Показання: туберкулінодіагностика .

Протипоказання: погіршення стану дитини ,шкірні захворювання, соматичне захворювання в стадії загострення.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам дитини хід і сутність майбутньої процедури	Заохочення батьків до співпраці
	Дати інформацію батькам про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду батьків на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати оснащення	Забезпечується швидке й ефективне проведення процедури
	.Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для руки	Дотримання умов стерильності
	Вимити руки. Одягнути маску і рукавички Звірити напис на упаковці з листком лікарських призначень (назва, концентрація, кількість, термін придатності)	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	Набрати у стерильний туберкуліновий шприц 0,2 мл (2 дози) туберкуліну	При перевірці прохідності голки та видаленні повітря 0,1 мл витрачається
	Зручно сісти дитині або батькам дитини на стілець, звільнити руку до ліктьового суглоба від одягу і покласти її долонною поверхнею догори на тверду основу (підтримувати своєю рукою руку дитини)	Забезпечується правильне положення руки
	Двічі обробити місце ін'єкції (середня третина внутрішньої поверхні передпліччя) стерильними ватними кульками, змоченими 70% розчином етилового спирту	Забезпечується інфекційна безпека
	Після висихання шкіри лівою рукою обхопити передпліччя пацієнта знизу	Забезпечується фіксація шкіри
	Ввести голку зрізом догори під кутом 15° в шкіру так, щоб занурився тільки її зріз	Забезпечується проникнення голки в шкіру
	Обережно відпустити ліву руку	Зменшується натягнення шкіри
	Ввести 0,1 мл туберкуліну (1 доза). При правильному введенні на місці ін'єкції	Забезпечується правильне дозування

	утворюється білуватого кольору твердий інфільтрат	та введення туберкуліну
Завершальний етап	Вийняти голку, не притискаючи ваткою	Попереджується витискання ліків
	Зняти залишки туберкуліну сухою стерильною ватною кулькою <i>Примітка:</i> а) порекомендувати батькам дитини не одягати одяг, що подразнює шкіру; б) не зволожувати передпліччя; в) результат проби треба перевірити через 72 години	Забезпечується інфекційна безпека, створюються умови для достовірної оцінки результату
	Оцінити самопочуття дитини після проведеної проби Манту	Визначення реакції дитини на процедуру
	Покласти використані ватні кульки та шприц у ємкість для дезінфекції	Забезпечується інфекційна безпека
	Зняти та продезінфікувати маску, рукавички, вимити і висушити руки	
	Зробити запис про проведення проби Манту і реакцію дитини Оцінка результатів: Розмір гіперемії не враховується. Для вимірювання діаметра папули використовувати прозору пластмасову лінійку, яку накладати перпендикулярно до осі руки. Реакція негативна, якщо розмір папули становить - 0-1 мм, сумнівна – 2-4 мм, позитивна – 5 мм, гіперергічна – понад 17 мм.	Забезпечується документування процедури

23. Проведення імунізації вакциною БЦЖ

Місце проведення: медичні заклади (пологовий будинок)

Оснащення: суха вакцина БЦЖ, стерильний туберкуліновий шприц, серветки, антисептик, лоток, маска, рукавички.

Показання: вакцинація новонароджених - специфічна профілактика туберкульозу.

Протипоказання: підвищення температури тіла ,пологові травми, захворювання шкіри, недоношеність, гемолітична хвороба.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити батькам дитини хід і сутність майбутньої процедури	Заохочення батьків до співпраці Вакцинація проводиться на 3-5 добу життя дитини.
	Дати інформацію батькам про лікарський препарат і його побічні дії (вакцина БЦЖ)	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду батьків на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати оснащення (дістати вакцину з холодильника)	Забезпечується швидке й ефективне проведення процедури

	Помити руки під проточною водою двічі з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником і обробити спиртом або антисептиком для руки	Дотримання умов стерильності
	Одягнути маску і рукавички. Розвести вакцину БЦЖ 2мл 0.9 % р-ну натрію хлориду, добре збовтати, використаний шприц більше не використовують.	Забезпечується попередження помилкового введення ліків, правильність дозування
Основний етап	Набрати у стерильний туберкуліновий шприц 0,2 мл вакцини через велику голку. Потім замінюють на коротку голку і випускають кілька крапель вакцини на ватку до поділки 0.1 мл.	При перевірці прохідності голки та видаленні повітря 0,1 мл витрачається
	Зручно покласти дитину на пеленальний столик в маніпуляційному кабінеті, звільнити ліву руку дитини від одягу.	Забезпечується правильне положення руки
	Двічі обробити верхню третину плеча в місці ін'єкції стерильними ватними кульками, змоченими 70% розчином етилового спирту	Забезпечується інфекційна безпека
	Після висихання шкіри можна проводити ін'єкцію.	Забезпечується фіксація шкіри
	Ввести внутрішньо шкірно 0.1 мл вакцини до утворення інфільтрату по типу «лимонної кірочки». Голку вводимо зрізом догори під кутом 15° в шкіру так щоб занурився тільки її зріз.	Забезпечується проникнення голки в шкіру
Завершальний етап	Обережно відпустити ліву руку дитини.	Зменшується натягнення шкіри
	Вийняти голку, злегка притискаючи ваткою	Попереджується витікання ліків
	Залишки вакцини та використані шприци, ватні кульки замочують в диз. розчині а потім утилізують. <i>Примітка:</i> а) порекомендувати батькам дитини слідкувати за місцем вакцинації і попередити про утворення невеликого інфільтрата через 4-6 тижнів розміром до 5 мм. б) на місці інфільтрата утворюється рубець . в) спостереження педіатром за утворенням інфільтрату та рубцем.	Забезпечується інфекційна безпека, створюються умови для достовірної оцінки результату
	Оцінити самопочуття дитини після проведеної вакцинації. Зробити запис про проведену вакцинацію в Ф-112о	Визначення реакції дитини на процедуру
	Покласти використані ватні кульки та шприц у ємкість для дезінфекції	Забезпечується інфекційна безпека
	Зняти та продезінфікувати маску, рукавички, вимити і висушити руки	
	Зробити запис про проведення проби Манту і реакцію дитини	Забезпечується документування процедури

	Оцінка результатів: Розмір гіперемії не враховується. Для вимірювання діаметра папули використовувати прозору пластмасову лінійку, яку накладати перпендикулярно до осі руки. Реакція негативна, якщо розмір папули становить - 0-1 мм, сумнівна – 2-4 мм, позитивна – 5 мм, гіперергічна – понад 17 мм.	

24. Техніка проведення гігієнічної ванни для дитини грудного віку.

Місце проведення: домашні умови

Оснащення: ванночка для купання, миючий засіб для дитини, водяний термометр, полотенце.

Показання: дотримування гігієни.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта, підвищення температури тіла.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготовка до процедури Пояснити мамі послідовність миття дитини	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Наповнити ванночку водою, виміряти температуру води (вона повинна бути 37.5-37°C)	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Попередити маму про можливість плачу дитини під час купання. Вперше дитину купують після виписки з пологового будинку на 2-1 добу.	Забезпечується можливість своєчасного припинення процедури, профілактика ускладнень
	Під час купання не залишати дитину одну	Забезпечується безпека дитини
	Температура повітря в приміщенні для купання 24-25 градусів.	Виключається перегрівання дитини
	Запропонувати мамі самостійно помити дитину. Запропонувати допомогу когось з батьків в тому випадку, коли вона необхідна	Обґрунтування процедури
	Розстелити рушник на пеленальний столик.	Забезпечується комфорт для дитини.
Основний етап	Послідовність дій. Немовля купують кожного дня до 6 місяців ,після 6 місяців через день до 12 міс. Підготувати купель, роздягнути дитину взяти на руки та обережно опустити у воду, однією рукою підтримувати голову дитини а вільною рукою мити дитину:тулуб, голову, кінцівки. (кип'ячену воду використовуємо протягом першого місяця)	Виключається попадання шампуню в очі. Забезпечується старанне миття волосся
	Ополоснути дитину після купання чистою водою з кухля.	Забезпечується послідовність догляду
	Покласти дитину на пеленальний столик з рушником та гарно промокнути поверхню шкіри.	

Завершальний етап	Завершення процедури Обробити шкіру дитини після купання зволожуючим засобом	Забезпечується послідовність догляду
	Допомогти матері одягнути дитину	Забезпечується послідовність догляду
	Вимити і висушити руки. Вилити воду після купання та висушити ванночку дитини.	Забезпечується завершення виконання маніпуляції

25. Ранковий туалет новонародженого

Місце проведення: домашні умов, пологовий будинок.

Оснащення: вода, диски, джгутики з вати, чистий одяг, рукавички, пелюшка.

Показання: дотримання гігієни.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта, підвищення температури тіла.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготовка до процедури Пояснити мамі послідовність дій, та отримати згоду на проведення процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати оснащення (ватні кульки, ватні джгутики)	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Обробити столик пеленальний, постелити пелюшку.	Забезпечується безпека дитини.
	Роздягнути дитину, за потреби підмити.	Забезпечується гігієна дитини
	Провести обробку рук та одягнути рукавиці.	Безпека мед персоналу
Основний етап	Послідовність дій. Покладіть дитину щоб їй було зручно. Умийте лице дитини ватними ккульками змоченими у воді (промокувальні рухи)	Забезпечується послідовність догляду.
	Обертальними рухами прочистити носові ходи ватними джгутиками змоченими у воді. Окремі джгутики для носових ходів.	Забезпечується послідовність догляду
	Обертальними рухами прочистити зовнішні вушні проходи ватними джгутиками змоченими у воді. Окремі джгутики для кожного вуха. Відкрити ротик дитини і оглянути слизові, якщо зміни відсутні тоді обробляти непотрібно	Забезпечується послідовність догляду
Завершальний етап	Одягнути дитину та повернути дитину матері.	Забезпечується послідовність догляду
	Прибрати пелюшку з пеленального столику та використані ватні кульки та джгутики (у смітник)	Забезпечується послідовність догляду
	Вимити і висушити руки.	Забезпечується завершення виконання маніпуляції у

26. Закапування крапель у вуха

Місце проведення: домашні умов, пологовий будинок.

Оснащення: вушні краплі/вушний спрей з дозатором; піпетки з тупим кінцем, контейнер «стерильні піпетки», контейнер «брудні піпетки» з дезрозчином; диски.

Показання: захворювання органів слуху; сірчані корки.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготовка до процедури Пояснити мамі послідовність дій, та отримати згоду на проведення процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати оснащення (ватні кульки, ватні джгутики). Звірити відповідність назви препарату на флаконі з назвою у «Листку лікарських призначень». Перевірити термін придатності препарату, цілісність флакону, відсутність в ньому осаду	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Перед застосуванням крапель слід зігріти флакон, потримавши його в долоні, або помістивши в контейнер з водою для підігріву/електричний підігрівач для контейнерів. <i>Примітка.</i> Краплі повинні бути кімнатної температури	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Обробити столик пеленальний, постелити пелюшку.	Забезпечується безпека дитини.
	Провести обробку рук та одягнути рукавиці.	Безпека мед персоналу
Основний етап	Послідовність дій. Перед процедурою провести туалет зовнішнього слухового проходу та вушної раковини.	Забезпечується послідовність маніпуляції.
	Положення пацієнта при закапуванні вух: лежачи на здоровому боці/сидячи - голова повернута хворим вухом догори.	Забезпечується послідовність маніпуляції.
	Дитині віком до 2-х років слід відтягнути вушну раковину за завиток 1-2 пальцями лівої руки в напрямку “назад і до низу” (випрямлення слухового проходу). Дитині віком понад 2 роки слід відтягувати вушну раковину за завиток в напрямку “назад і догори”.	Забезпечується правильність виконання.
	Набрати у вертикально занурену піпетку помірну кількість необхідного препарату та закапати 2-3-4 краплі в слуховий прохід в залежності від віку.	Забезпечується правильність виконання.
Завершальний етап	Продовжити фіксувати голову дитину на тому ж боці на менше 5 хвилин.	Забезпечується правильність виконання.
	Повернути голову дитини обличчям догори і витерти марлевою серветкою/ватним диском/ватною кулькою залишки ліків, що витекли з вуха. За показаннями - повторити процедуру з іншим вухом.	Забезпечується послідовність виконання

	Для кожного вуха має бути окремий ватний джгутик/ватний диск/марлева серветка	Забезпечується правильність виконання.
	Покласти використану піпетку в контейнер з дезрозчином для «брудних піпеток».	Забезпечується правильність виконання.
	Продезінфікувати спиртовим антисептиком сповивальний столик. Ватні джгутики/диски/кульки/марлеві серветки, гумові рукавички викинути в бак для відходів. Пелюшку покласти в клейончастий мішок для брудних речей.	Забезпечується послідовність виконання.
	Заповнити медичну документацію: зробити відмітку в «Листку лікарських призначень» (про закапування вушних крапель).	Забезпечується завершення виконання маніпуляції

27. Закапування крапель у ніс

Місце проведення: домашні умов, пологовий будинок.

Оснащення: краплі судинозвужуючі назальні/спрей назальний з дозатором; піпетки з тупим кінцем, контейнер «стерильні піпетки», контейнер «брудні піпетки» з дезрозчином, ватні диски, марлеві серветки.

Показання: нежить, закладеність носа.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготовка до процедури Пояснити мамі послідовність дій, та отримати згоду на проведення процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати оснащення (ватні кульки, ватні джгутики). Звірити відповідність назви препарату на флаконі з назвою у «Листку лікарських призначень». Перевірити термін придатності препарату, цілісність флакону, відсутність в ньому осаду	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Перед застосуванням крапель слід зігріти флакон, потримавши його в долоні, або помістивши в контейнер з водою для підігріву/електричний підігрівач для контейнерів. <i>Примітка.</i> Краплі повинні бути кімнатної температури	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Обробити столик пеленальний, постелити пелюшку.	Забезпечується безпека дитини.
	Провести обробку рук та одягнути рукавиці.	Безпека мед персоналу
Основний етап	Послідовність дій. Перед процедурою провести туалет носових ходів (очистити від слизу, кірочок).	Забезпечується послідовність маніпуляції.
	Дитину грудного віку обережно покласти на пелюшку з дещо опущеним головним кінцем. Положення дитини старшого віку при закапуванні носа: лежачи/сидячи.	Забезпечується послідовність маніпуляції.

	Покласти долоню лівої руки на чоло (зафіксувати голову).	Забезпечується правильність виконання.
	Для закапування правого носового ходу слід повернути голову дитини до лівого плеча і дещо відкинути назад.	Забезпечується правильність виконання.
	Припідняти першим пальцем лівої руки кінчик носа. Набрати у вертикально занурену піпетку помірну кількість необхідного препарату. Скерувати піпетку до перетинки носа, не торкаючись стінок. Закапати 2-3 краплі в правий носовий хід.	Забезпечується правильність виконання.
Завершальний етап	Зафіксувати дитину в даному положенні на 1 хвилину.	Забезпечується послідовність виконання
	I і II пальцями лівої руки стиснути кілька разів крила носа для того, щоб ліки рівномірно розподілилися вздовж носового ходу. Цією ж рукою витерти надлишок препарату на шкірі за допомогою марлевої серветки/ватватного диску. Повторити процедуру з лівим носовим ходом: повернути голову дитини до правого плеча і дещо відкинути назад	Забезпечується правильність виконання.
	Покласти використану піпетку в контейнер з дезрозчином для «брудних піпеток».	Забезпечується правильність виконання.
	Продезінфікувати спиртовим антисептиком сповивальний столик. Ватні джгутики /диски /кульки/марлеві серветки, гумові рукавички викинути в бак для відходів.	Забезпечується послідовність виконання.
	Заповнити медичну документацію: зробити відмітку в «Листку лікарських призначень» (про закапування крапель в ніс).	Забезпечується завершення виконання маніпуляції

28. Закапування крапель у очі

Місце проведення: домашні умов, пологовий будинок.

Оснащення: очні краплі, /очний спрей; піпетки з тупим кінцем, контейнер «стерильні піпетки», контейнер «брудні піпетки» з дезрозчином; диски, марлеві серветки, лотки.

Показання: очні інфекції, стан після видалення стороннього тіла.

Протипоказання: погіршення стану пацієнта.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготовка до процедури Пояснити мамі послідовність дій та отримати згоду на проведення процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Підготувати оснащення (ватні кульки, ватні диски). Звірити відповідність назви препарату на флаконі з назвою у «Листку лікарських призначень». Перевірити термін придатності препарату, цілісність флакону, відсутність в ньому осаду	Забезпечується безпека та комфорт дитини

	Перед застосуванням крапель слід зігріти флакон, потримавши його в долоні, або помістивши в контейнер з водою для підігріву/електричний підігрівач для контейнерів. <i>Примітка.</i> Краплі повинні бути кімнатної температури	Забезпечується безпека та комфорт дитини
	Обробити столик пеленальний, постелити пелюшку.	Забезпечується безпека дитини.
	Провести обробку рук та одягнути рукавиці.	Безпека мед персоналу
Основний етап	Послідовність дій. Перед процедурою провести туалет очей (очистити від гнійних виділень, кірочок).	Забезпечується послідовність маніпуляції.
	Положення пацієнта при закапуванні очей: лежачи/сидячи з дещо закинutoю назад головою.	Забезпечується послідовність маніпуляції.
	Правою рукою набрати у вертикально занурену піпетку помірну кількість очних крапель.	Забезпечується правильність виконання.
	Розмістити піпетку на відстані 1-2 см від ока під кутом 40° (майже паралельно поверхні очного яблука), ближче до внутрішнього кута ока. <i>Примітка.</i> Кінчик піпетки не повинен торкатися вій пацієнта!	Забезпечується правильність виконання.
	Взяти в ліву руку ватну кульку, покласти на нижню повіку і відтягнути її. опросити/спонукати дитину подивитися вгору (зацікавити іграшкою-брязкальцем).	Забезпечується правильність виконання.
	Покласти ребро правої долоні на чоло дитини та зафіксувати голову. Закапати 1-2 краплі препарату в кон'юнктивальний мішок.	Забезпечується правильність виконання.
Завершальний етап	Залишки очних крапель, що витекли при кліпанні, промокнути ватним диском/ватною кулькою в напрямку від зовнішнього до внутрішнього кута ока.	Забезпечується послідовність виконання
	Повторити процедуру закапування з іншим оком.	Забезпечується правильність виконання.
	Покласти використану піпетку в контейнер з дезрозчином для «брудних піпеток».	Забезпечується правильність виконання.
	Продезінфікувати спиртовим антисептиком сповивальний столик. Диски /кульки/марлеві серветки, гумові рукавички викинути в бак для відходів.	Забезпечується послідовність виконання.
	Заповнити медичну документацію: зробити відмітку в «Листку лікарських призначень» (про закапування крапель в очі).	Забезпечується завершення виконання маніпуляції

V. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство у геронтології, геріатрії та паліативній медицині»

1. Організовувати домашній стаціонар, здійснювати спостереження та моніторування стану геріатричного пацієнта вдома.

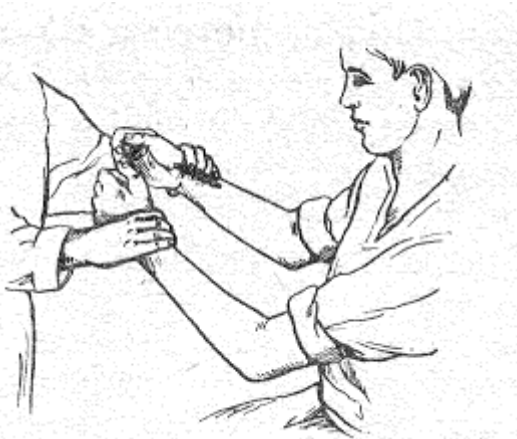
Місце проведення: домашній стаціонар.

Оснащення: годинник чи секундомір, температурний лист/інша медична документація, медичний ртутний термометр, ємкість з дезрозчином, тонометр, фонендоскоп.

Показання: для надання кваліфікованої медичної допомоги в домашніх умовах хворим, яким показано стаціонарне лікування, при відсутності необхідності госпіталізації.

Протипоказання: стани і захворювання, які потребують госпіталізації, та необхідність у цілодобовому спостереженні за хворим.

1.1. Дослідження пульсу на променевій артерії

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Забезпечується психологічна підготовка пацієнта до процедури
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	4. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	5. Під час процедури пацієнт може сидіти (запропонувати розслабити руку, при цьому кисть та передпліччя не повинні висіти) або лежати (рука також розслаблена)	Забезпечується точність результату
	6. Притиснути II, III, IV пальцями променеві артерії на обох руках пацієнта (I палець повинен розміщуватися з тильного боку кисті) і відчувати пульсування артерії 	Порівнюються характеристики пульсу на обох руках

	7. Взяти годинник або секундомір і дослідити пульсування артерії протягом 30 с. Помножити на 2 (якщо пульс ритмічний). Якщо пульс не ритмічний, рахувати протягом 1 хв.	Забезпечується точність визначення пульсу
	8. Притиснути артерію сильніше, ніж раніше, до променевої кістки і визначити напруження пульсу (якщо пульсування зникне при помірному натисканні - напруження добре; якщо пульсування не слабне - пульс напружений, якщо пульсування зникло - напруження слабе)	Забезпечується визначення напруження пульсу
	9. Не знімаючи пальців з артерії, припинити тиск і визначити, як швидко з'явиться пульсація: а) при хорошому наповненні пульсація відчувається зразу; б) при слабкому наповненні - через деякий час; в) якщо при цьому пульсація дуже слабка - пульс ниткоподібний	Забезпечується визначення наповнення
Завершальний етап	10. Повідомити пацієнту результат дослідження	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	11. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	12. Записати результати обстеження в температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів дослідження пульсу

1.2. Вимірювання температури тіла у пахвинній ділянці

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту сутність і хід процедури	Забезпечується психологічна підготовка пацієнта до процедури
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	4. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	5. Струснути термометр і переконатися, що ртутний стовпчик опустився нижче 35° С	Забезпечується точність результатів вимірювання температури

	6. Оглянути пахвинну ділянку, оцінити її стан. При наявності гіперемії вимірювати температуру в іншій ділянці	Забезпечується точність і достовірність результатів
Основний етап	7. Витерти насухо пахвинну ділянку пацієнта рушником	Забезпечується точність результату
	8. Помістити резервуар термометра в пахвинну ділянку так, щоб він доторкався до шкіри (пацієнт повинен притиснути плече до грудної клітки)	Забезпечуються умови для отримання правильного результату
	9. Вийняти термометр із пахвинної ділянки через 10 хв і оцінити його показники	Оцінюються отримані дані
Завершальний етап	10. Повідомити пацієнту результати термометрії	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	11. Записати результат термометрії в температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів термометрії
	12. Струснути термометр так, щоб ртутний стовпчик опустився в резервуар	Підготовка термометра до наступного вимірювання температури тіла
	13. Помістити термометр в дезінфекційний розчин	Дотримується інфекційна безпека
	14. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека

1.3. Визначення частоти, глибини, ритму дихання

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Попередити пацієнта, що буде проведено дослідження пульсу	Виключається можливість керування диханням
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	4. Надати пацієнтові зручне положення 5. Взяти пацієнта за зап'ясток так, як для дослідження пульсу на променевій артерії, спостерігати за екскурсією грудної клітки пацієнта і рахувати дихальні рухи (вдих і видих вважається за 1 дихальний рух) за 1 хв	Імітація визначення пульсу Визначається число дихальних рухів

	6. Якщо не вдається спостерігати екскурсію грудної клітки, продовжуючи тримати руку пацієнта за зап'ясток, покласти руки (свою і пацієнта) на грудну клітку (у жінок) чи надчеревну ділянку (у чоловіків)	Імітація визначення пульсу. Виключається можливість керування диханням
Завершальний етап	7. Повідомити пацієнту результат	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	8. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	9. Записати результати у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів дослідження

1.4. Вимірювання артеріального тиску

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Пояснити пацієнту мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	4. Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	5. Накласти манжетку на оголене плече пацієнта на 2 - 3 см вище від ліктьового згину (одяг не повинен стискати плече вище манжетки); закріпити манжетку так, щоб між нею і плечем проходив лише один палець. <i>Примітка:</i> не слід вимірювати АТ на руці з боку проведеної мастектомії, на слабкій руці пацієнта після інсульту та на паралізованій руці	Забезпечується достовірність результату Виключається лімфостаз, який виникає внаслідок нагнітання повітря в манжетку, та перетискання судин
	6. Запропонувати пацієнту правильно покласти руку: в розігнутому стані долонею догори (якщо пацієнт сидить, попросити підкласти під лікоть стиснутий кулак кисті вільної руки)	Забезпечується повне розгинання кінцівки
	7. Перевірити положення стрілки манометра відносно нульової відмітки шкали	Перевіряється готовність апарата до роботи
	8. Протерти мембрану фонендоскопа спиртом	Дотримується інфекційна безпека

	9. Знайти місце пульсації плечової артерії в ділянці ліктьової ямки і поставити на це місце мембрану фонендоскопа	Забезпечується достовірність результату
	10. Закрити вентиль на груші, повернувши його вправо, і нагнати повітря під контролем фонендоскопа до тих пір, поки тиск у манжетці за показниками манометра не перевищить на 20 мм рт. ст. той рівень, за якого зникають тони Короткова 	Виключається дискомфорт, пов'язаний з надмірним перетисканням артерії та забезпечується достовірний результат
	11. Випустити повітря з манжетки зі швидкістю 2 мм рт. ст. за 1 с., повернувши вентиль. Одночасно фонендоскопом вислуховувати тони на плечовій артерії і слідкувати за показниками шкали манометра	За такої швидкості збільшується достовірність результату
	12. У момент виникнення над плечовою артерією перших звуків (тони Короткова) запам'ятати цифри на шкалі, що відповідають систолічному тиску	Визначається систолічний тиск
	13. Продовжуючи випускати повітря, зафіксувати цифри на шкалі у момент послаблення або повного зникнення тонів Короткова	Визначається діастолічний тиск
	14. Оцінити результат, враховуючи величину окружності плеча. При вимірюванні на худорлявій руці АТ буде нижчим, на повній - вищим від дійсного. Значення систолічного АТ не потребує корекції при окружності плеча близько 30 см, діастолічного - при окружності плеча 15 - 20 см. При величині окружності плеча 15 - 30 см рекомендується до показника систолічного тиску додати 15 мм рт. ст., при окружності 45 - 50 см - відняти від отриманого результату 25 мм рт. ст.	З урахуванням цих показників забезпечується достовірність результату
	15. Повторити п. 11 - 16 ще 2 рази з інтервалом у 2 - 3 хв.	Забезпечується достовірний результат вимірювання артеріального тиску
Завершальний етап	16. Дані вимірювання округлити до 0 або 5, записати у вигляді дробу (в числівнику систолічний тиск, у знаменнику - діастолічний), наприклад 120/75 мм рт. ст.	Забезпечується достовірність інформації

	17. Повідомити пацієнту результати вимірювання	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	18. Протерти мембрану фонендоскопа спиртом	Дотримується інфекційна безпека
	19. Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека
	20. Задokumentувати дані дослідження у температурний лист (форма 004/о) або іншу медичну документацію	Забезпечується документування результатів вимірювання артеріального тиску

2. Організовувати та забезпечувати правильне вживання ліків геріатричним пацієнтом.

Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар

Оснащення: листки лікарських призначень, лікарські засоби, мензурка з водою.

Показання: виконання призначень із застосування лікарських засобів перорально, сублінгвально.

Протипоказання: індивідуальні для кожних лікарських засобів.

2.1. Застосування лікарських засобів перорально

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Надати пацієнту інформацію про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Вимити та висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека
	4. Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується ефективне виконання процедури
Основний етап	5. Уважно прочитати листок призначень пацієнта та надпис на упаковці з ліками (назва, доза термін придатності)	Виключається помилкове приймання іншого лікарського засобу
	6. Рідкий лікарський засіб (настій, відвар, мікстуру) налити в мензурку, що знаходиться на рівні очей	Забезпечується виконання процедури
	7. Спиртову настойку накапати в мензурку піпеткою і розвести перекип'яченою водою	Попереджується подразнення слизової оболонки
	8. Приймання лікарського засобу перорально: <i>Примітка:</i> - ліки, які подразнюють слизову оболонку травного каналу, приймають через 30 хвилин після їжі; - ліки, які підвищують апетит - до вживання їжі;	Забезпечується виконання процедури

	- ліки, які поліпшують травлення - під час вживання їжі; - снодійні ліки - за 30 хвилин до сну; - запропонувати пацієнту відкрити рот і - покласти таблетку (капсулу) на корінь язика, - попросити ковтнути таблетку (капсулу); - допомогти пацієнту сісти в ліжку чи припідняти голову і дати випити рідкі лікарські засоби.	
	9. Дати пацієнту запити лікарський засіб водою <i>Примітка:</i> - препарати ацетилсаліцилової кислоти, йодвмісні - запивають молоком; - калійвмісні препарати - томатним соком; - ліки, гіркі на смак - підсолодженою водою; - після вживання ліків, що містять кислоти або препарати заліза рекомендують прополоскати рот перевареною водою	Полегшується ковтання твердих лікарських форм та прискорюється всмоктування препарату у шлунково-кишковому тракті
Завершальний етап	10. Запитати пацієнта про його самопочуття	Визначення реакції пацієнта на процедуру
	11. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	12. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

2.2. Застосування лікарських засобів сублінгвально (під язик)

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Дати інформацію пацієнту про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	4. Уважно прочитати листок призначень пацієнта та надпис на упаковці з ліками (назва, термін придатності)	Виключається помилкове приймання іншого лікарського засобу
	5. Приймання лікарського засобу сублінгвально (під язик). Запропонувати пацієнту відкрити рот і покласти таблетку під язик. Попередити пацієнта, щоб не ковтав, не смоктав і не пережовував таблетку, а почекав поки вона повністю розчиниться	Забезпечується швидка дія препарату
	6. Попросити пацієнта затримати слину в роті на 1 - 2 хвилини перед тим, як ковтнути. Не вживати їжу і не пити протягом 20 - 30 хв.	Забезпечується повне засвоєння препарату

	7. Запитати пацієнта про його самопочуття	Визначається реакція пацієнта на процедуру
Завершальний етап	8. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
	9. Зробити запис про проведення процедури та реакцію на неї пацієнта у відповідну медичну документацію	Забезпечується документування процедури та послідовність догляду

3. Створення безпечного лікарняного середовища для пацієнтів літнього віку

Місце проведення: стаціонар, домашній стаціонар, хоспіс.

Показання: запобігання травмам та іншим нещасним випадкам у лікарняному середовищі.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Дати інформацію пацієнту про лікарський препарат і його побічні дії	Дотримується право пацієнта на інформацію
	2. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	3. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	Загальні застережні заходи	
	1. За можливості розмістити пацієнтів у палаті, де є поручні.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	2. Використовуйте нічне освітлення палат, коридорів, туалетів.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	3. Встановіть легкодоступну для пацієнта сигналізацію для виклику медичної сестри.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	4. Швидко реагуйте на сигнал виклику.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	5. Забезпечте надання своєчасної допомоги пацієнтам під час природних відправлень.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	Падіння	
	1. Негайно витріть із підлоги розливу рідину.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	2. Приберіть з дороги предмети, які заважають рухові пацієнта.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	3. Встановіть поручні в ліжку та у ванній кімнаті.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	4. Встановіть світлові сигнали для виклику медичної сестри.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	6. Встановіть гальма на ліжках і каталках.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.

7. Супроводжуйте пацієнтів.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
8. Використовуйте безпечні методи транспортування пацієнтів.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
Ураження електричним струмом	
1. Дотримуйтесь правил техніки безпеки при роботі з електрообладнанням.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
2. Перед увімкненням електроприладів перевірте цілісність проводок, розеток, наявність заземлення.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
3. Не залишайте без потреби увімкненими в електромережу електроприлади.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
Опіки	
1. Перевірте температуру гарячих компресів, грілок, води у ванні, перш ніж проводити відповідні процедури.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
2. Під час використання грілок-подушок, ламп-випромінювачів стежте за часом теплової дії, температурою приладдя, відстанню до поверхні тіла пацієнта.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
3. Не дозволяйте пацієнтові палити в ліжку.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
4. Забороняйте палити поблизу джерела вогню.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
5. Будьте обережними під час використання легкозаймистих речовин (ефір).	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
6. Не перевантажуйте розетки електроприладами.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
7. Знайте правила пожежної безпеки.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
Опромінення	
1. Спостерігайте за виникненням можливих ознак опромінення в пацієнтів, які отримують лікування опроміненням.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
2. За необхідності використовуйте захисні екрани.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
Отруєння, спричинені неправильним застосуванням лікарських засобів	
1. Приберіть від пацієнтів токсичні речовини.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.

	2. Не зберігайте токсичні речовини в посуду, який використовують для пиття або приймання ліків.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	3. Зберігайте препарати в недоступних для пацієнтів місцях.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	4. Перед застосуванням лікарських препаратів уважно прочитайте етикетку і призначену пацієнтові дозу.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
	5. Спостерігайте за дією лікарських препаратів, особливо при застосуванні їх вперше. Виявляйте ознаки алергійних реакцій.	Забезпечується безпечне лікарняне середовище.
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4. Догляд за пацієнтами, які довго перебувають на ліжковому режимі.

Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар

Оснащення: маска, рукавички, водонепроникний фартух, водонепроникний мішок, повітряні протипролежневі подушки, гелеві подушки, гумові круги, протипролежневі матраци, опори для стоп, гумовий м'ячик, еластичні бинти/панчохи.

Показання: запобігання потенційним ризикам розвитку ускладнень, не пов'язаних з основним захворюванням, а таких, що виникають унаслідок зменшення рухомості.

Протипоказання: немає

4.1. Попередження ризику розвитку пролежнів

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук. 4. Надіти рукавички.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Проводити поточну оцінку за шкалою оцінки ризику розвитку пролежнів (за Braden чи Norton) не менше ніж 1 раз на добу (вранці)	Забезпечується достовірність оцінювання та послідовність догляду
	2. Змінювати положення пацієнта кожні 2 год (вибір положення та їх чергування можуть змінюватися залежно від захворювання та стану пацієнта): - 8.00 - 10.00 - положення Фаулера; - 10.00 - 12.00 - положення на лівому боці; - 12.00 - 14.00 - положення на правому боці; - 14.00 - 16.00 - положення Фаулера; - 16.00 - 18.00 - положення Сімса; - 18.00 - 20.00 - положення Фаулера; - 20.00 - 22.00 - положення на правому боці;	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла. Покращується кровообіг

	- 22.00 - 24.00 - положення на лівому боці; - 0.00 - 2.00 - положення Сімса; - 2.00 - 4.00 - положення на правому боці; - 4.00 - 6.00 - положення на лівому боці; - 6.00 - 8.00 - положення Сімса <i>Примітка: якщо дозволяє стан пацієнта, можна надати йому положення на животі</i>	
	3. Щоденно вранці обмивати ділянки найбільшого тиску (залежно від положення пацієнта)	Забезпечується чистота шкіри. Покращується кровообіг
	4. Перевіряти стан постелі під час зміни положення (кожні 2 год)	Наявність складок на постелі та вологість білизни сприяють швидшому утворенню пролежнів
	5. Навчити членів родини техніки правильного переміщення пацієнта	Забезпечується участь членів родини у догляді.
	6. Визначати кількість спожитої їжі (кількість білка не менше ніж 120 г на добу)	Забезпечується кількість білка, необхідна для формування імунітету
	7. Забезпечити вживання не менше ніж 1,5 л рідини на добу: - з 9.00 до 13.00 - 700 мл; - з 13.00 до 18.00 - 500 мл; - з 18.00 до 22.00 - 300 мл <i>Примітка: кількість рідини залежить від основного захворювання пацієнта</i>	Попереджається зневоднення та пересихання шкіри
	8. Використовувати повітряні протипролежневі подушки, гелеві подушки, гумові круги, протипролежневі матраци 	Зменшується тиск на шкіру
	9. У разі нетримання сечі змінювати памперси кожні 4 год. У разі нетримання калу змінювати памперси негайно після дефекації з наступною дбайливою гігієнічною процедурою	Зменшується подразнення шкіри та її вологість

	10. Заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку (точки тиску) за допомогою перекладин, поручнів та інших пристосувань	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла. Забезпечується участь пацієнта у догляді. Зменшується навантаження на медичного працівника
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Зняти рукавички. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.2. Попередження розвитку контрактури суглобів та гіпотрофії м'язів

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Виконувати з пацієнтом вправи в межах рухливості суглобів	Забезпечується рухливість суглобів
	2. Виконувати з пацієнтом вправи на опір	Забезпечується збереження м'язового тону
	3. Заохочувати (допомагати) збільшувати амплітуду рухів	Забезпечується участь пацієнта у догляді
	4. Пояснювати важливість відповідних рухів	Заохочення пацієнта до співпраці. Забезпечується участь пацієнта у догляді
	5. Використовувати опору для стоп	Попереджається провисання стоп
	6. Підтримувати кисті у зручному для подальшого функціонування положенні (на половині гумового м'ячика)	Зберігається функціональне положення кисті
	7. Пояснити причини появи тугорухомості суглобів та контрактур, а також розповісти про профілактику їх виникнення	Забезпечується право пацієнта на інформацію. Заохочення пацієнта до співпраці
	8. Заохочувати близьких брати участь у виконанні вправ з пацієнтом та переміщенні пацієнта	Забезпечується участь членів родини у догляді. Зменшується

		навантаження на медичного працівника
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.3 Зменшення ризику тромбоутворення в периферійних венах

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Бинтувати нижні кінцівки еластичними бинтами (або надягати еластичні панчохи)	Попереджається застій крові в нижніх кінцівках
	2. Періодично надавати нижнім кінцівкам підвищеного положення	Покращується відтік венозної крові з нижніх кінцівок
	3. Проводити масаж нижніх кінцівок в напрямку від стопи до коліна та вище	Покращується кровообіг. Покращується відтік венозної крові з нижніх кінцівок
	4. Пояснити пацієнту та/або його близьким причини тромбоутворення в периферійних венах	Пацієнт та/або його близькі залучаються до процесу догляду
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.4 Попередження ортостатичної гіпотензії

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	1. Навчити пацієнта техніки активних і пасивних вправ, а також вправ, пов'язаних з напруженням окремих груп м'язів	Забезпечується право пацієнта на інформацію. Забезпечується участь пацієнта у догляді. Зберігається еластичність судин та покращується кровообіг
	2. Заохочувати самогляд	Пацієнт буде знати про можливі наслідки ліжкового режиму і буде дотримуватися рекомендацій
	3. Допомогати пацієнту якомога частіше змінювати положення	Покращується кровообіг. Зменшується застій крові
	4. Змінювати положення від горизонтального до майже вертикального, піднімаючи узголів'я ліжка або садячи пацієнта з опущеними ногами на ліжку чи в кріслі	Ефект Вальсальви (запаморочення) буде проявлятися меншою мірою
	5. Навчити пацієнта переміщуватися на видиху і не затримувати дихання	Ефект Вальсальви (запаморочення) буде проявлятися меншою мірою
	6. Не допускати виникнення закріпів	Ефект Вальсальви (запаморочення) буде проявлятися меншою мірою
	7. Запобігати перевтомі пацієнта	Ефект Вальсальви (запаморочення) буде проявлятися меншою мірою
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.5 Попередження затримки виділення мокротиння

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	1. Заохочувати положення пацієнта на боці (якщо немає протипоказань)	Забезпечується постуральний дренаж
	2. Перевіряти наявність ознак метеоризму	Наявність метеоризму зменшує екскурсію грудної клітини та погіршує відтік мокротиння
	3. Забезпечити регулярне випорожнення кишок та сечового міхура пацієнта	Підвищений внутрішньочеревний тиск зменшує екскурсію грудної клітини та погіршує відтік мокротиння
	4. Заохочувати перевертання та глибоке дихання щогодини	Забезпечується повноцінне дихання та постуральний дренаж
	5. Заохочувати споживання достатньої кількості рідини (запобігати зневодненню)	Забезпечується розрідження мокротиння
	6. Застосовувати вібраційний масаж із постуральним дренажем	Забезпечується відтік мокротиння
	7. Проводити термометрію двічі на добу	Забезпечується рання діагностика гіпостатичної пневмонії
	8. Провітрювати палату/кімнату (режим - залежно від пори року)	Забезпечується притік свіжого повітря
	9. Спостерігати за кольором шкіри, губ, нігтів	Забезпечується динамічне спостереження за пацієнтом
	10. Проводити дихальну гімнастику (за погодженням з лікарем)	Збільшується екскурсія грудної клітини та поглиблюється дихання
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.6. Попередження закрепи, метеоризму та розв'язання проблеми відсутності апетиту

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	1. Забезпечити меню, що подобається пацієнтові, у межах призначеної дієти	Враховуються смакові уподобання пацієнта
	2. Забезпечити дієту з високим вмістом білка (не менше ніж 120 г), невеликими порціями та з частим прийманням їжі	Забезпечується режим лікувального харчування Зберігається добовий об'єм спожитої їжі
	3. Забезпечити дієту з високим вмістом клітковини	Клітковина покращує формування калових мас та моторику кишок
	4. За змоги щоденно зважувати пацієнта	Забезпечується контроль втрати/збільшення маси тіла
	5. Навчити пацієнта вправ, пов'язаних із напруженням м'язів живота	Покращується моторика кишок
	6. Досягти регулярного (щоденного) звільнення кишок	Наявність закрепи погіршує апетит. Тривалий закреп викликає інтоксикацію
	7. Забезпечити споживання достатньої кількості рідини	Достатня кількість рідини сприяє розм'якшенню калових мас
	8. Перевіряти живіт на наявність метеоризму. У разі необхідності застосувати газовивідну трубку.	Накопичення газів у кишках викликає неприємні відчуття у пацієнта та сприяє затримці випорожнень
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.7 Попередження порушення сечовиділення, утворення каменів у нирках, інфекції сечових шляхів

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Заохочувати часте перевертання	Забезпечується участь пацієнта у догляді. Покращується кровообіг у нирках

	2. Піднімати пацієнта якомога частіше (кожні 2 год), якщо немає протипоказань	Забезпечується відтік сечі
	3. Збільшити кількість спожитої рідини до 3 л (якщо немає протипоказань)	Збільшується добовий діурез. Попереджається застій сечі у нирках
	4. Забезпечити дієту з низьким вмістом кальцію та соками, які підвищують кислотність сечі	Попереджається утворення кальцієвих каменів
	5. Пояснити пацієнту та/або його близьким причини утворення кальцієвих каменів	Забезпечується право пацієнта та/або його близьких на інформацію та їх усвідомлена участь у догляді
	6. Спостерігати за кольором, прозорістю та запахом сечі	Забезпечується рання діагностика інфекції сечовивідних шляхів
	7. Проводити термометрію двічі на добу	Забезпечується рання діагностика інфекції сечовивідних шляхів
Завершальний етап	8. Щоденно вимірювати водний баланс	Забезпечується достовірність оцінювання та послідовність догляду
	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

4.8. Попередження виникнення дезорієнтації, дезадаптації

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Попросити рідних та близьких частіше відвідувати пацієнта. Заохочувати спілкування пацієнта з родиною, друзями	Забезпечується підтримка рідних та близьких. Забезпечується участь пацієнта у щоденному житті родини
	2. Максимально заохочувати самогляд	Забезпечується активна участь пацієнта у догляді. Створюються умови для

		збереження незалежності пацієнта
	3. Висловлюватися позитивно, відзначаючи поліпшення стану здоров'я пацієнта й рівня його самообслуговування	Підвищується самооцінка пацієнта
	4. Забезпечити пацієнта окулярами, слуховим апаратом тощо (у разі потреби)	Створюються умови для збереження незалежності пацієнта
	5. За потреби орієнтувати пацієнта в часі та місці	Забезпечується орієнтація пацієнта в часі та просторі
	6. Забезпечити безпечне довколишнє середовище	Попереджається травматизм
	7. Не змінювати без потреби звичне довколишнє оточення. В разі зміни - повідомити про це пацієнта	Попереджається реакція на втрату знайомого оточення
	8. Обговорювати з пацієнтом проблеми, які потребують психологічної адаптації	Пацієнт залучається до процесу лікування та догляду
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

5. Проведення профілактики пролежнів

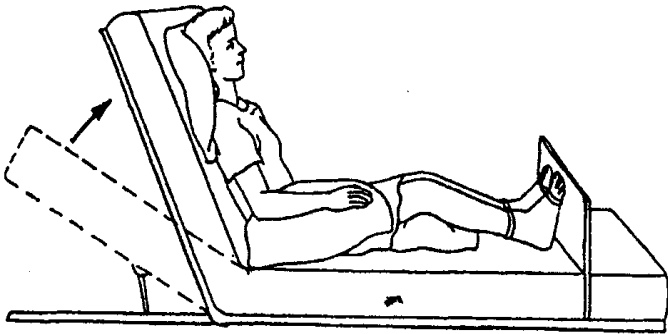
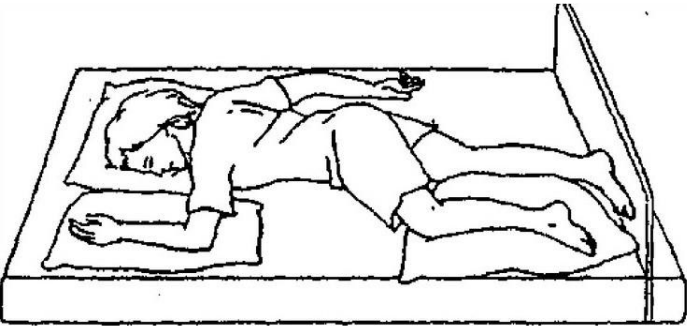
Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар

Оснащення: маска, рукавички, водонепроникний фартух, водонепроникний мішок, повітряні протипролежневі подушки, гелеві подушки, гумові круги, протипролежневі матраци.

Показання: запобігання утворенню пролежнів.

Протипоказання: немає

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук. 4. Надіти рукавички.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	1. Проводити поточну оцінку за шкалою оцінки ризику розвитку пролежнів (за Braden, Norton ,) не менше ніж 1 раз на добу (вранці)	Забезпечується достовірність оцінювання та послідовність догляду
	2. Змінювати положення пацієнта кожні 2 год (вибір положення та їх чергування можуть змінюватися залежно від захворювання та стану	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла.

	пацієнта): - 8.00 - 10.00 - положення Фаулера;  - 10.00 - 12.00 - положення на лівому боці; - 12.00 - 14.00 - положення на правому боці; - 14.00 - 16.00 - положення Фаулера; - 16.00 - 18.00 - положення Сімса;  - 18.00 - 20.00 - положення Фаулера; - 20.00 - 22.00 - положення на правому боці; - 22.00 - 24.00 - положення на лівому боці; - 0.00 - 2.00 - положення Сімса; - 2.00 - 4.00 - положення на правому боці; - 4.00 - 6.00 - положення на лівому боці; - 6.00 - 8.00 - положення Сімса <i>Примітка: якщо дозволяє стан пацієнта, можна надати йому положення на животі</i>	Покращується кровообіг
3. Щоденно вранці обмивати ділянки найбільшого тиску (залежно від положення пацієнта)		Забезпечується чистота шкіри. Покращується кровообіг
4. Перевіряти стан постелі під час зміни положення (кожні 2 год)		Наявність складок на постелі та вологість білизни сприяють швидшому утворенню пролежнів
5. Навчити членів родини техніки правильного переміщення пацієнта		Забезпечується участь членів родини у догляді.
6. Визначати кількість спожитої їжі (кількість білка не менше ніж 120 г на добу)		Забезпечується кількість білка,

		необхідна для формування імунітету
	7. Забезпечити вживання не менше ніж 1,5 л рідини на добу: - з 9.00 до 13.00 - 700 мл; - з 13.00 до 18.00 - 500 мл; - з 18.00 до 22.00 - 300 мл <i>Примітка: кількість рідини залежить від основного захворювання пацієнта</i>	Попереджається зневоднення та пересихання шкіри
	8. Використовувати повітряні протипролежневі подушки, гелеві подушки, гумові круги, протипролежневі матраци	Зменшується тиск на шкіру
	9. У разі нетримання сечі змінювати памперси кожні 4 год. У разі нетримання калу змінювати памперси негайно після дефекації з наступною дбайливою гігієнічною процедурою	Зменшується подразнення шкіри та її вологість
	10. Заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку (точки тиску) за допомогою перекладин, поручнів та інших пристосувань	Зменшується тривалий тиск на певні ділянки тіла. Забезпечується участь пацієнта у догляді. Зменшується навантаження на медичного працівника
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Зняти рукавички. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

6. Оцінювання болю та володіння навичками медикаментозного знеболювання (ступені ВООЗ).

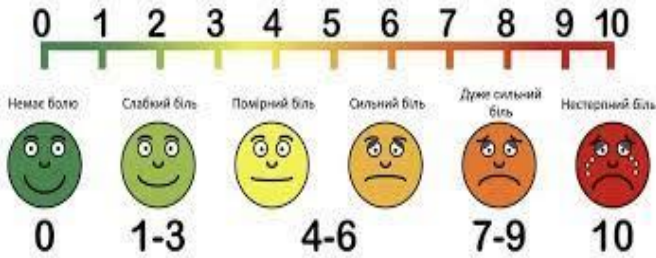
Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар

Оснащення: шкали для оцінювання болю, лікарські засоби для знеболення.

Показання: медикаментозне знеболення.

Протипоказання: залежно від виду анальгетиків.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Привітатися, представити себе, пояснити пацієнтові мету і хід майбутньої процедури та отримати згоду. 2. Приготувати необхідне оснащення. 3. Провести гігієнічну антисептику рук. 4. Надіти рукавички.	Встановлення контакту з пацієнтом. Дотримується право пацієнта на інформацію. Забезпечується ефективне виконання процедури. Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	1. Проводити оцінку болю за спеціальними шкалами. Вибір шкали повинен ґрунтуватися залежно від стану пацієнта. - <u>Візуальна аналогова шкала (ВАШ)</u> являє собою відрізок прямої лінії довжиною 10 см, початкова крапка якої відповідає відсутності болю, а кінцева – нестерпним больовим відчуттям. Пацієнт повинен поставити крапку там, де, як він відчуває, розташовується його біль: 0-1 см – біль вкрай слабкий; від 2 до 4 см – біль слабкий; від 4 до 6 см – біль помірний; від 6 до 8 см – біль дуже сильний; 8-10 балів – біль нестерпний. - <u>Модифікована лицьова шкала</u> складається з 6 смайликів, кожен з яких зображує емоцію, відповідно опису болю по вербальній ранговій шкалі. Вона також використовується для оцінки інтенсивності больового синдрому при деменції.  - <u>Вербальна рангова шкала</u> нагадує візуальну аналогову шкалу, це лінія довжиною в 10 см: на 0 см – болю немає, на 2 см – слабкий біль, на позначці 4 см – помірний біль, на 6 см – сильний, на 8 см – дуже сильний, в кінцевій точці – нестерпний біль. - <u>Процентна шкала</u>: хворого просять позначити інтенсивність його початкового болю за 100 %. - <u>Шкала PAINAD</u> (шкала оцінки болю у пацієнтів з деменцією) – створена для оцінки болю у пацієнтів з деменцією та містить 5 критеріїв оцінки (від 0 до 2 балів за кожний критерій) – дихання, негативні звуки, вираз обличчя, рухи тіла, потреба у відволіканні, сумарно від 0 до 10 балів, де 0 – болю немає, 10 – сильний біль. <u>Поведінкова шкала болю BPS</u> має окремі шкали для пацієнтів, які неінтубовані або інтубовані. Вона містить три критерії для оцінки від 1 до 4 балів за кожний критерій) вираз обличчя, рухи верхніх кінцівок, адаптація до ШВЛ.	Забезпечується достовірність оцінювання болю

	Оцінка сумарно може бути від 4 до 12 балів, де 4 – болю немає, 12 – сильний біль. <u>Шкала ноцицепції коми</u> є найбільш спрощеною оцінкою ноцицепції у пацієнтів, які знаходяться в коматозному стані. Вона містить 4 критерії для оцінки (від 0 до 3 балів за кожний критерій) – рухова відповідь, вербальна відповідь, реакція очей та вираз обличчя, де 0 – ноцицепції немає, 12 – сильна ноцицепція. 2. Залежно від того, як оцінений біль, призначаються знеболюючі засоби: <u>1 рівень</u> – за наявності слабкого болю – ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби з анальгетичною дією, за необхідності з використанням додаткових (допоміжних, ад'ювантних) лікарських засобів. <u>2 рівень</u> – за наявності помірного болю та неефективності одних лише ненаркотичних анальгетиків додатково до препаратів 1-го рівня призначають слабкі наркотичні (опіюїдні) анальгетики, а також ад'ювантні лікарські засоби. <u>3 рівень</u> – за наявності сильного та нестерпного болю та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають препарати потужних опіюїдних анальгетиків з групи морфіну, не виключаючи при цьому ненаркотичних анальгетиків та необхідних ад'ювантних лікарських засобів.	
Завершальний етап	1. Продезінфікувати використане обладнання. 2. Зняти рукавички. 3. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечується інфекційна безпека.

7. Організація та забезпечення годування важкохворого.

Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар.

Оснащення: тумбочка чи приліжковий столик, поїльник, стакан із трубочкою, серветка, ложка, їжа, рідина (напої).

Показання: годування ослаблених та важкохворих, при необхідності – пацієнтів похилого та старечого віку.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Узгодити меню з лікарем чи дієтологом	Забезпечується правильність проведення процедури
	2. Попередьте пацієнта за 15 хв про прийому їжі та отримайте його згоду	Дотримуються права пацієнта на інформацію

	3. Звільнити місце на тумбочці чи присунути приліжковий столик	Забезпечується можливість проведення процедури
	4. При пасивному годуванні необхідно однією рукою підняти голову хворого разом з подушкою	Забезпечується правильність проведення процедури
	5. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	6. Принести їжу, рідину, що призначені для хворого (температура гарячих страв має бути 60 °C)	Забезпечується процес годування
	7. Перевірити температуру гарячої їжі, капнувши декілька крапель собі на тильну поверхню кисті	Забезпечується безпека пацієнта
	8. Запропонувати хворому випити декілька ковтків рідини (краще через трубочку або поїльник)	Забезпечується процес годування
	9. Годувати слід повільно, невеликими порціями: - наповнити ложку на 2/3 твердою (м'якою) їжею; - торкнутися ложкою нижньої губи, щоб пацієнт відкрив рота; - торкнутися ложкою до язика, трохи підняти догори ложку, щоб їжа потрапила в ротову порожнину і вийняти порожню ложку; - дати час пережувати і проковтнути їжу; - запропонувати напої після декількох ложок твердої (м'якої) їжі за допомогою поїльника чи зі стакану із спеціальною трубочкою.	Забезпечується процес годування
	10. Витирати губи серветкою (в разі необхідності)	Забезпечується гігієна пацієнта
Завершальний етап	11. Запропонувати пацієнту після їди прополоскати рот водою. Якщо пацієнт не може прополоскати рот самостійно, догляд за ротовою порожниною здійснює медична сестра.	Забезпечується гігієна пацієнта
	12. Забрати серветку, яка прикривала груди.	Забезпечується гігієна пацієнта
	13. Прибрати залишки їжі.	Забезпечується гігієна і інфекційна безпека
	14. Продезінфікувати використане оснащення.	Забезпечується інфекційна безпека
	15. Вимити і висушити руки.	Забезпечується інфекційна безпека

8. Забезпечення правильного положення хворого за допомогою функціонального ліжка.

Місце проведення: палати стаціонару, домашній стаціонар.

Оснащення: функціональне ліжко

Показання: забезпечення правильного положення хворого відповідно до призначення лікаря

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Огляньте конструкцію функціонального ліжка	Забезпечується правильність проведення процедури
	2. Зробіть висновок про спосіб зміни положення секцій функціонального ліжка (пультом управління чи механічним способом)	Забезпечується правильність проведення процедури
	3. Попередьте пацієнта та отримайте його згоду	Дотримуються права пацієнта
	4. Вимити і висушити руки	Забезпечується інфекційна безпека
Основний етап	5. За допомогою ручок (механічним способом) чи пульта можна змінювати розташування сітки ліжка для надання хворому певного положення.	Забезпечується надання хворому правильного положення
	6. Надавати потрібне положення хворому слід послідовно, не різко.	
		
Заклучний етап	7. Використовувати відповідні режими для надання хворому потрібного положення: - для надання звичайного положення функціонального ліжка всі секції слід розмістити горизонтально; - при задишці – надати пацієнту напівсидяче положення, підняти головний кінець ліжка; - при колапсі – підвищене положення нижніх кінцівок, підняти нижній кінець ліжка, головний кінець ліжка опустити до горизонтального рівня, забрати подушку з під голови.	Забезпечується інфекційна безпека
	8. Вимити і висушити руки.	

VI. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в неврології»

1. Проведення проб на виявлення прихованих парезів (верхня та нижня проби Барре).

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: кушетка, ручка, аркуш паперу

Показання: визначення наявності прихованого парезу Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	З вихідного положення стоячи або сидячи просять пацієнта витягнути руки вперед, супінувати долоні (долоні вгору) та закрити очі.	Забезпечується достовірність результату
	Попросити пацієнта зафіксувати руки в такому положенні протягом 30-40 секунд.	За такої позиції збільшується достовірність результату
	Оцінити отриманий результат фіксуючи наявність/відсутність ротації долонь та опускання/утримання рук на одному рівні (верхня проба Барре).	Забезпечується достовірність результату
	Просять пацієнта лягти на живіт, зігнути ноги в колінних суглобах під кутом 50 градусів.	За такої позиції збільшується достовірність результату
	Просять пацієнта зафіксувати нижні кінцівки в такому положенні на 30-40 секунд.	Забезпечується достовірність результату
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат фіксуючи наявність/відсутність опускання однієї або обидвох ніг (нижня проба Барре).	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат	Забезпечується право пацієнта на інформацію

	Задokumentувати дані дослідження	Забезпечується документування результатів

2. Методика визначення інтенсивності больового синдрому за шкалою ВАШ.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: Лінійка, ручка, аркуш паперу

Показання: Суб'єктивне визначення інтенсивності больового синдрому.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати, як звертатися до нього.	Дотримуються права пацієнта
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження.	
	Провести інструктаж щодо методики проведення обстеження.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду на проведення обстеження.	Дотримуються права пацієнта
Основний етап	Попросити пацієнта присісти за стіл та подивитися на градуйовану 10-ти сантиметрову лінійку.	Забезпечується достовірність результату
	Пояснити пацієнту уявну градацію болю при якій максимальний нестерпний біль, який людина може сприймати оцінюється на позначці 9-10 см, сильний біль 6- 8см, помірний біль 4-5 балів, слабкий біль 1-3 бали та 0-відсутність болю.	
	Попросити пацієнта сконцентруватися на своїх больових відчуттях.	
	Просити зазначити цифру на градуйованій шкалі, яка відповідає ступеню вираженості його болю.	
Заключний етап	Оцінити результати дослідження.	Забезпечується достовірність інформації
	Задokumentувати дані дослідження	Забезпечується документування результатів

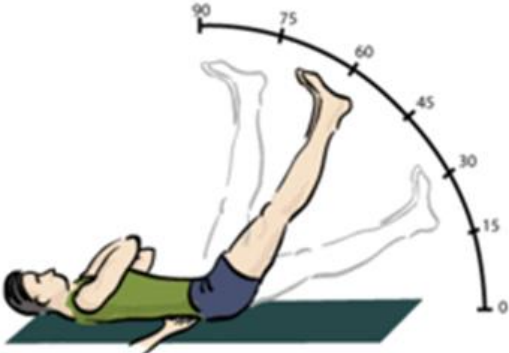
3. Оцінка симптомів натягу (симптом Ласега, симптом Нері)

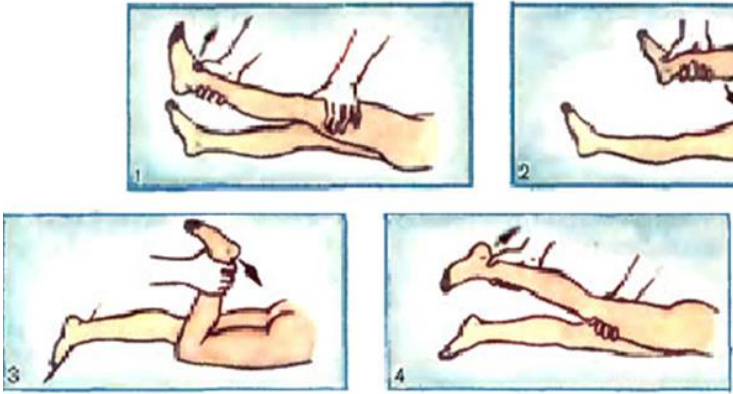
Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка .

Показання: перевірити симптоми натягу

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготувчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	З вихідного положення стоячи або сидячи просять пацієнта витягнути руки вперед, супінувати долоні (долоні вгору) та закрити очі. Рефлекторні та компресійні синдроми при патології хребта характеризуються болями при пальпації паравертебральних точок в ділянці ураження та появою симптомів натягу нервових стовбурів Симптом Ласега (тест випрямленої ноги) - згинання ноги в кульшовому суглобі в пацієнта, який лежить на спині, викликає біль в поперековій ділянці і по ходу сідничного нерва (перша фаза); подальше згинання в колінному суглобі приводить до зменшення інтенсивності болю (друга фаза).  Симптом Нері - згинання голови до грудей у пацієнта, який лежить на спині, викликає біль в ураженій ділянці хребта. Симптом Вассермана - розгинання ноги в кульшовому суглобі у пацієнта, який лежить на животі, викликає біль в поперековій ділянці і на передній поверхні стегна. Симптом Мацкевича - згинання ноги в колінному суглобі у пацієнта, який лежить на животі, викликає	Забезпечується достовірність результату

	біль в поперековій ділянці і передньої поверхні стегна. Симптом Дежеріна – поява болю в ураженій ділянці хребта при кашлі, чиханні.  Симптоми натягу: 1 – перша фаза симптому Ласега, 2 – друга фаза симптому Ласега, 3- симптом Мацкевича, 4 – симптом Вассермана, 5 – симптом Нері	
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Задokumentувати дані дослідження	Забезпечується документування результатів

4. Методика дослідження менингеальних симптомів.

Місце проведення: медичні заклади(неврологічний стаціонар, приймальне відділення, інфекційна лікарня).

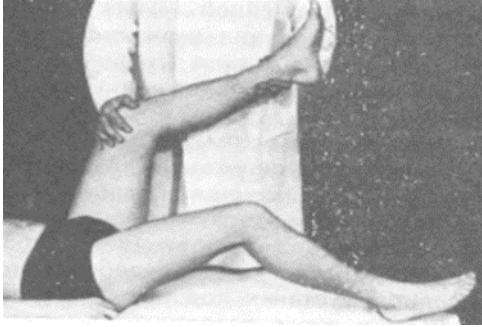
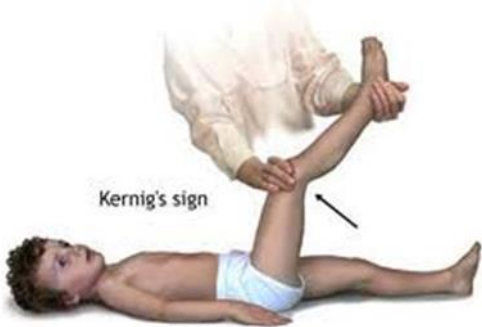
Оснащення: кушетка

Показання: діагностика менингіту, енцефаліту, ЧМТ, пухлини.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом або його родичами, представити себе, запитати, як звертатися до нього.	Дотримуються права пацієнта
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження.	

	Провести інструктаж щодо методики проведення обстеження.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду на проведення обстеження.	Дотримуються права пацієнта
Основний етап	Ригідність м'язів потилиці. Пацієнт лежить на спині на плоскій поверхні. Лікар кладе одну руку на грудну клітку пацієнта, другу - під потилицю і намагається зігнути шию так, щоб пацієнт торкнувся підборіддям до груднини. Якщо симптом позитивний, рефлексорний спазм м'язів ший не дозволяє пригнути голову пацієнта до грудної клітки, провокує опір і біль.  Ступінь ригідності м'язів потилиці оцінюється відстанню від підборіддя до груднини пацієнта. У крайніх випадках напруга м'язів ший настільки сильна, що призводить до відгинання голови назад і вигинання тулуба вперед (опістотонус). Слід розрізняти інші причини обмеженого згинання голови (дегенеративні зміни в шийному відділі хребта, запалення лімфовузлів). Симптоми Брудзинського: 1) верхній - наближення підборіддя до груднини при обстеженні ригідності м'язів потилиці викликає рефлексорне згинання ніг в кульшових і колінних суглобах,  2) середній - така ж реакція згинання ніг, що викликається натисканням на лонне зчленування,	Забезпечується достовірність результату

	3) нижній – при перевірці симптому на одній нозі протилежна нога згинається в кульшовому і колінному суглобі.  Симптом Керніга. Пацієнт лежить на спині на плоскій поверхні. Лікар згинає ногу пацієнта в кульшовому суглобі на 90°, а потім намагається розігнути її в колінному суглобі. Якщо симптом позитивний, рефлекторне скорочення м'язів не дозволяє це зробити, викликаючи опір і біль. Симптом Керніга є двостороннім (на відміну від симптому натягу Ласега при поперековій радикулопатії).  Симптом Менделя – біль при натисканні на область зовнішнього слухового проходу. Симптом Бехтерева – скорочення мимічної мускулатури при простукуванні по виличної дузі. Біль при натискуванні на точки виходу потиличних нервів.	
Завершальний етап	Оцінити результати дослідження менінгеальних симптомів..	Забезпечується достовірність інформації
	Задokumentувати дані дослідження .	Забезпечується документування результатів

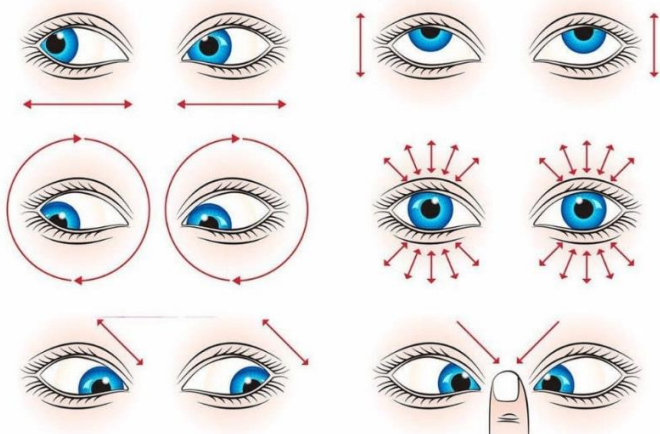
5. Проведення оцінки рухів очних яблук.

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка ,неврологічний молоток.

Показання: оцінити рухи очних яблук.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Для вивчення обсягу рухів очного яблука хворого просять дивитися на молоточок або палець дослідника, який водить ним у різних напрямках (вгору, вниз, вправо, вліво, а для вивчення конвергенції — до носа). Відмічають співдружність рухів очними яблуками, запитуючи пацієнти, чи бачить один предмет, чи немає двоїння зображення при рухах в певну сторону. 	Забезпечується достовірність результату
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

6. Оцінка болючості в тригемінальних точках.

Місце проведення: медичний заклад .

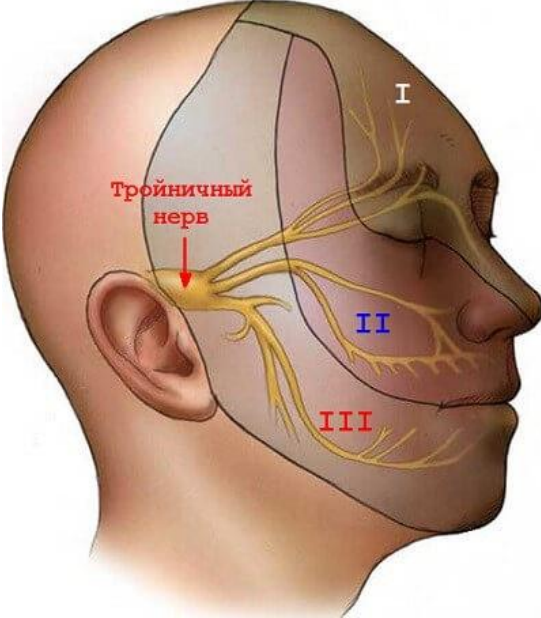
Оснащення: кушетка ,неврологічний молоток.

Показання: болючість в тригемінальних точках, парез лицевого нерва

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Пальпація точок виходу гілок трійчастого нерва: I гілка – супраорбітальна ямка (надбрівна дуга), відповідає місцю виходу лобного нерва (n. frontalis), II гілка – інфраорбітальна ямка (нижній край орбіти), відповідає місцю виходу нижньо-очного нерва, III гілка – підборідна ямка, відповідає місцю виходу підборідного нерва (n. mentalis). Всі три точки розташовуються приблизно на одній лінії. У перерахованих точках визначається наявність больових відчуттів. Дослідження чутливої функції Больову, тактильну, температурну чутливість послідовно перевіряють в зонах іннервації всіх трьох гілок V пари з обох сторін (використовують голку, м'який пензлик, холодну поверхню металевого предмета – наприклад, неврологічного молотка). Синхронно торкаються симетричних точках в області чола (I гілка), потім щоки (II гілка) і підборіддя (III гілка). Перевірка чутливості по сегментарному типу проводиться шляхом нанесення уколів по середній лінії обличчя від вуха до носа. Слід зазначити, що у більшості здорових людей чутливість в області носа краще, ніж в інших відділах особи, що створює враження про наявність гіпалгезії в зовнішній і середній зонах Зельдера. В таких випадках, щоб переконатися у відсутності порушень чутливості, доцільно провести дослідження больової чутливості по середній лінії лоба від скроні до скроні. Необхідно пам'ятати, що бічні відділи щік в області кута нижньої щелепи іннервуються другим шийними C2 корінцем.	Забезпечується достовірність результату

	 Зліва - схема шкірної іннервації обличчя і голови; праворуч - іннервація за сегментами (ядро трійчастого нерва і верхні шийні сегменти)	
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

7. Оцінка функції м'язів.

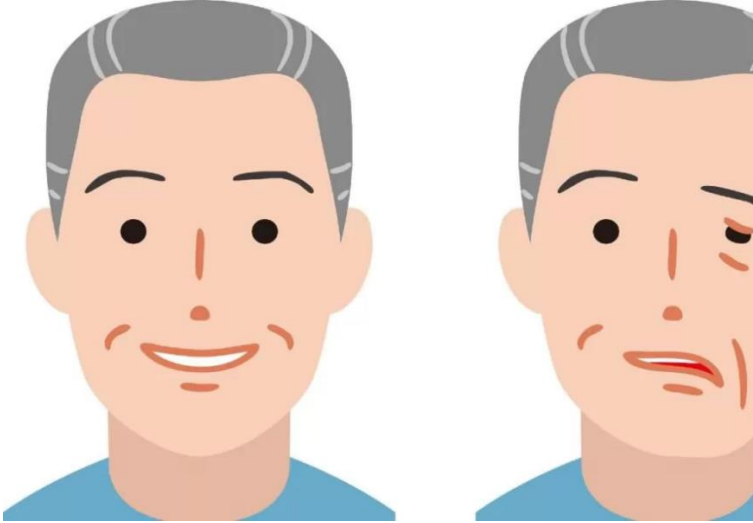
Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка ,неврологічний молоток.

Показання: асиметрія обличчя, парез лицевого нерва.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	<u>Огляд обличчя</u> Під час огляду слід враховувати, що легка асиметрія обличчя може спостерігатися і в нормі.	Забезпечується достовірність результату

	За наявності ураження лицевого нерва відбувається згладження природних складок на лобі, носогубної складки. Під час огляду звертають увагу на ширину повікової щілини, розташування брів, наявність сльозотечі.  Хворому пропонують виконати тести (виконання яких неможливе при порушенні функції лицевого нерва): 1) заплющити очі; 2) примружити очі (в цей час дослідник повинен активно з двох боків спробувати розкрити повікові щілини); 3) підняти брови; 4) нахмурити (зсунути) брови; 5) зморщити ніс; 6) вискалити зуби; 7) надути щоки; 8) подути, засвистіти; 9) скоротити підшкірний м'яз шиї — утворити складку на шиї. Слід простежити, чи всі рухи виконуються симетрично з обох боків. Смакової функції язика можуть бути теж змінені.	
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

8. Оцінка функції ковтання та жування .

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка ,шпатель, їжа.

Показання: порушення ковтання та жування у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Глотковий рефлекс – нормальний фізіологічний рефлекс. Методика викликання: доторкання до задньої стінки глотки. Відповідь: ковтальні, іноді кашлеві чи блювальні рухи. Рефлекторна дуга: чутливі волокна і ядра IX та X пар черепно-мозкових нервів – рухові ядра і волокна IX та X нервів. Перевірити функцію жувальних м'язів. Для оцінки сили жувального м'яза просять пацієнта сильно зіптити зуби і пальпують m. masseter з обох сторін, а потім пробують розтиснути зіплені щелепи пацієнта. У нормі це зробити не вдається. Оцінка скринінгу на порушення ковтання « ____ » ____ 20__ р. ____ год. ____ хв. П.І.Б. _____ Вік ____ років. I/x № _____ ПОПЕРЕДНЄ ОЦІНЮВАННЯ (тільки хворі, що реагують, оцінювати в положенні сидячі) Рівень свідомості: ☐ ясна ☐ оглушення ☐ сопор ☐ кома Стиснення губ: ☐ нормальне ☐ неповне Голос: ☐ нормальний ☐ слабкий/хриплий ☐ «вологий» ☐ відсутній Довільний кашель: ☐ нормальний ☐ слабкий ☐ відсутній ЕТАПИ ОЦІНЮВАННЯ Якщо на будь-якому з етапів 1, 2 чи 3 складається враження, що ковтання є небезпечним → оцінювання необхідно припинити та перейти до ЕТАПУ 5.	Забезпечується достовірність результату

	ЕТАП 1. В положенні сидячі дайте хворому тричі по 1 чайній ложці води та пальпуйте рухи щитоподібного хряща Руки щитоподібного хряща при ковтанні <table border="0"> <tr> <td>Спроба 1</td> <td>Спроба 2</td> <td>Спроба 3</td> </tr> <tr> <td>☐ Нормальні</td> <td>☐ Нормальні</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Нормальні</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Сповільнені</td> <td>☐ Сповільнені</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Сповільнені</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Відсутні</td> <td>☐ Відсутні</td> <td>☐ Відсутні</td> </tr> </table> Кашель під час або після ковтання (більше одного разу) <table border="0"> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> </tr> </table> «Вологий» або змінений голос після ковтання ложки води <table border="0"> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> </tr> </table> Повільне витікання води з рота <table border="0"> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> </tr> </table> Якщо є хоча б один результат +, → СТОП(нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 2. ЕТАП 2. Якщо ковтання на Стадії 1 виявилось безпечним, попросіть пацієнта випити близько 50 мл води зі стакану. Кашель під час або після ковтання (більше одного разу) <table border="0"> <tr> <td>Спроба 1</td> <td>Спроба 2</td> <td>Спроба 3</td> </tr> <tr> <td>☐ Немає</td> <td>☐ Є</td> <td>☐ Немає</td> </tr> <tr> <td>☐ Є</td> <td>☐ Немає</td> <td>☐ Є</td> </tr> </table> «Вологий» або змінений голос після ковтання води <table border="0"> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> </tr> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td></td> </tr> </table> Повільне витікання води з рота <table border="0"> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td>☐ Немає ☐ Є</td> </tr> <tr> <td>☐ Немає ☐ Є</td> <td></td> </tr> </table> Якщо є хоча б один результат +, → СТОП, нічого через рот та повторити Етап 2 через 24 год. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 3. ЕТАП 3. Спостерігати за хворим, який їсть йогурт або сирний десерт Їжа падає з рота? <table border="0"> <tr> <td>☐ Ні</td> <td>☐ Так</td> </tr> </table> Накопичення/залишки їжі в роті? <table border="0"> <tr> <td>☐ Ні</td> <td>☐ Так</td> </tr> </table> Кашляє/давиться? <table border="0"> <tr> <td>☐ Ні</td> <td>☐ Так</td> </tr> </table>	Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3	☐ Нормальні	☐ Нормальні	☐	Нормальні			☐ Сповільнені	☐ Сповільнені	☐	Сповільнені			☐ Відсутні	☐ Відсутні	☐ Відсутні	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3	☐ Немає	☐ Є	☐ Немає	☐ Є	☐ Немає	☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є		☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є		☐ Ні	☐ Так	☐ Ні	☐ Так	☐ Ні	☐ Так	
Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3																																																		
☐ Нормальні	☐ Нормальні	☐																																																		
Нормальні																																																				
☐ Сповільнені	☐ Сповільнені	☐																																																		
Сповільнені																																																				
☐ Відсутні	☐ Відсутні	☐ Відсутні																																																		
☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є																																																		
☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є																																																		
☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є																																																		
Спроба 1	Спроба 2	Спроба 3																																																		
☐ Немає	☐ Є	☐ Немає																																																		
☐ Є	☐ Немає	☐ Є																																																		
☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є																																																			
☐ Немає ☐ Є																																																				
☐ Немає ☐ Є	☐ Немає ☐ Є																																																			
☐ Немає ☐ Є																																																				
☐ Ні	☐ Так																																																			
☐ Ні	☐ Так																																																			
☐ Ні	☐ Так																																																			

	Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? ☐ Ні ☐ Так Ковтання вільне та безпечне? ☐ Так ☐ Ні, утруднене Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, перейти до Етапу 4. <u>ЕТАП 4.</u> Спостерігати за хворим, який їсть овочеве або картопляне пюре Їжа падає з рота? ☐ Ні ☐ Так Накопичення/залишки їжі в роті? ☐ Ні ☐ Так Кашляє/давиться? ☐ Ні ☐ Так Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? ☐ Ні ☐ Так Ковтання вільне та безпечне? ☐ Так ☐ Ні, утруднене Якщо є хоча б один результат +, → СТОП(нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, м'яка дієта. ЕТАП 5. Спостерігати за хворим, який їсть м'яку дієту Їжа падає з рота? ☐ Ні ☐ Так Накопичення/залишки їжі в роті? ☐ Ні ☐ Так Кашляє/давиться? ☐ Ні ☐ Так Хворий повідомив про труднощі з ковтанням? ☐ Ні ☐ Так ВИСНОВОК Ковтання вільне та безпечне? ☐ Так ☐ Ні, утруднене Якщо є хоча б один результат +, → СТОП (нічого через рот) замовити консультацію логопеда для оцінювання ковтання. Якщо ковтання виявилось безпечним, погодити з логопедом призначення звичайного харчування. Скринінг проводив (прізвище, ініціали) (прізвище, ініціали)	

Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис .	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

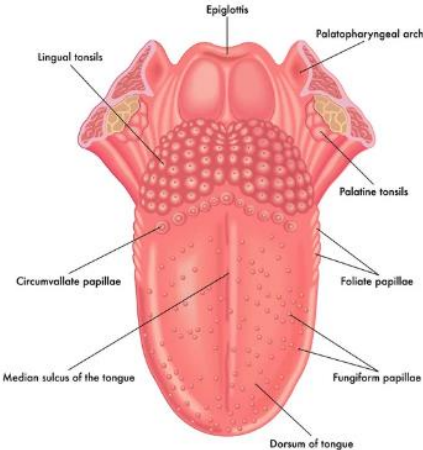
9. Оцінка функції м'язів язика .

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка .

Показання: порушення ковтання та жування у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Для перевірки рухів і визначення сили м'язів язика хворому пропонують висунути язика і рухати ним у різні боки, потім, заклавши рот, пропонують притиснути язика до щоки; залежно від ступеня випуклості щоки визначають силу м'язів язика. При висовуванні язика оцінюють його положення відносно середньої лінії обличчя: якщо функція нерва збережена, при висовуванні язика з порожнини рота язик знаходиться по середній лінії, при ураженні нерва – язик відхиляється в здорову сторону (девіація язика), м'язи на стороні ураження атрофовані. 	Забезпечується достовірність результату

Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

10. Оцінка рухових функцій пацієнта(пасивні та активні рухи).

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка .

Показання: порушення рухів у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Для Обстеження рухової сфери починають з обстеження обсягу активних та пасивних рухів. Спочатку визначається, чи може обстежуваний здійснювати активні рухи у всіх суглобах і чи ці рухи здійснюються в повному обсязі. Виявивши обмеження, лікар виконує пасивні рухи у відповідних суглобах, щоб виключити місцеві ураження опорно-рухового апарату (м'язові і суглобові контратури). Обмеження пасивних рухів у суглобі, викликане кістково-суглобовою патологією, не виключає, що у хворого може бути знижена сила м'язів. У той же час відсутність або обмеження активних довільних рухів при повному обсязі пасивних рухів у пацієнта свідчить, що причиною розладу, швидше за все, є патологія нервової системи. Терміном «параліч» (плегія) позначається повна відсутність активних рухів, обумовлена порушенням іннервації відповідних м'язів, а терміном «парез» – зниження м'язової сили. Огляду обсягу активних рухів, якщо він збережений, достатньо для виключення у пацієнта паралічу. Але для висновку у відношенні наявності парезів необхідно визначити м'язову силу.	Забезпечується достовірність результату

		
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

11. Перевірка тактильної, больової та температурної чутливості.

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: кушетка ,ватний диск, неврологічний молоток, ємкості з водою (холодна та гаряча).

Показання: порушення чутливості у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Перевірити тактильну, больову та температурну чутливість. Тактильна чутливість, або відчуття дотику, Дослідження проводиться за допомогою ватки або пензлика з м'яким волосом. Як і при дослідженні інших видів чутливості, досліджуваному пропонується закрити очі. Кожен дотик, що наноситься послідовно на різні ділянки тіла, досліджуваний повинен негайно ж реєструвати словом «так» або «відчуваю».	Забезпечується достовірність результату

	Больова чутливість досліджується голкою. Больові подразнення наносять, чергуючи з тактильними; досліджуваному дається завдання відзначати укол словом «гостро», дотик - словом «тупо». Температурна чутливість складається з двох різних видів чутливості: відчуття холоду і відчуття тепла. Для дослідження користуються зазвичай двома пробірками, в одну з яких налита холодна, в іншу - нагріта вода.	
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

12. Проведення проби для виявлення у пацієнта атаксії (проба Ромберга, пальце-носова проба).

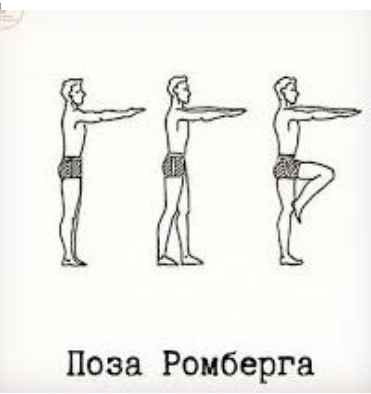
Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: невралгічний молоток.

Показання: порушена хода у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Перевірити тактильну Проба Ромберга – хворий стоїть прямо із з'єднаними до купи пальцями та п'ятками, виставленими вперед руками та закритими очима. При ураженні мозочка хворий похитується в бік патологічного вогнища (в обидва – при двобічному ураженні) або виявляється тенденція до падіння вперед чи назад, при ураженні кори головного мозку хворий нахилиється в протилежну до ураження моторону.	Забезпечується достовірність результату

	  Поза Ромберга Пальце-носова проба: хворого просять заплющити очі, відвести вбік руку і вказівним пальцем спочатку одної, а потім другої руки доторкнутися кінчика свого носа, при цьому можна виявити промахування та тремтіння руки і пальця (інтенційний тремор – тремор, який посилюється при наближенні до мети). 	
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

13. Перевірка функції мови (виявити дизартрію, моторну та сенсорну афазію).

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: не потребує.

Показання: порушена мова у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію

Основний етап	Для виявлення моторної афазії досліджують повторену та розповідну мову. Просять хворого повторити за лікарем окремі слова, фрази, відповісти на питання особистого (де мешкає, склад сім'ї, де і ким працює) і загального характеру (події суспільні історичні, про своє минуле, передати зміст загальновідомого літературного твору). При моторній афазії виникає утруднення у виборі і повторенні слів, бідність лексики при відсутності паралічу язика. Хворий добре розуміє звернену до нього мову. Для виявлення сенсорної афазії перевіряють розуміння хворим змісту слів, розуміння і виконання простих і складних інструкцій, розуміння змісту оповідання. При сенсорній афазії хворий не розуміє зверненої мови, прагне сам багато говорити, його мова перетворюється на “салат” із слів, його важко зрозуміти. РІЗНІ РІВНІ ВОЛОДІННЯ СЛОВОМ Для виявлення амнестичної афазії просять хворого назвати предмети. При амнестичній афазії хворий не може назвати предмети (іменники), але вільно дає їм описову характеристику і замість слова “ручка” говорить “це те, чим пишуть”, або “писати”. При дизартрії хворі говорять, але погано вимовляють слова, важкі для артикуляції звуки р, л, д, у них спостерігається парез чи параліч язика. При афазії порушується побудова фраз, слів, артикуляція, як правило, чітка.	Забезпечується достовірність результату
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

14. Перевірка стереогнозису, нюхового, смакового, слухового, зорового гнозису.

Місце проведення: медичний заклад .

Оснащення: предмети для розпізнавання..

Показання: порушена гнозису у пацієнта.

Протипоказання відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перед процедурою необхідно помити руки та обробити антисептиком.	Дотримуються інфекційна безпека
	Привітатися з пацієнтом, представити себе, запитати як звертатися до нього.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Ознайомити пацієнта з метою обстеження та провести інструктаж щодо методики його проведення.	Дотримується право пацієнта на інформацію
Основний етап	Для виявлення дотикової агнозії (астереогнозії) пропонують хворому закрити очі, кладуть в його руку якийсь відомий предмет (ключ, олівець, гребінець) і просять назвати його. При дотиковій агнозії хворий не може розпізнати предмети на дотик навіпамачки. Для виявлення зорової агнозії показують хворому знайомий предмет і просять назвати його. При зоровій агнозії хворий бачить, але не впізнає предмет по вигляду, зате при обмацуванні його швидко розпізнає. Для виявлення слухової агнозії пропонують хворому закрити очі і назвати джерело шуму. Наприклад: упізнати годинник по цоканню, склянку по дзвону ложкою. При слуховій агнозії хворий чує звуки, але не впізнає об'єкти по характерних для них звуках. Для виявлення нюхової та смакової агнозії пропонують хворому закрити очі і назвати пахучі речовини по характерному для них запаху, або харчові речовини, покладені в рот, по їх смаку. При нюховій і смаковій агнозії хворий не впізнає речовини по характерному для них запаху чи смаку. Агнозію власних частин тіла перевіряють шляхом впізнавання хворим власних частин тіла, вмінням показати, де у нього права, а де ліва рука. Хворому пропонують відповісти на запитання: скільки у нього рук, ніг, чи є параліч. При агнозії схеми тіла хворий плутає праву сторону з лівою, не впізнає власних частин тіла, при псевдомелії хворий стверджує, що у нього три руки, чотири ноги, при анозогнозії хворий не усвідомлює свого дефекту і стверджує, що він рухає паралізованою рукою. Особливо це характерно для ураження правої (недомінантної) тім'яної частки, переважно в ділянці міжтім'яної борозни.	Забезпечується достовірність результату

		
Завершальний етап	Оцінити отриманий результат ,та зробити відповідний запис в оцінці неврологічного статусу пацієнта.	Забезпечується достовірність інформації
	Повідомити пацієнту результат .	Забезпечується право пацієнта на інформацію

VII. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в офтальмології»

1. Визначення гостроти зору вдалечінь

Показання: профілактичні медичні огляди, патологічні процеси органу зору;

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів;

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога;

Необхідне оснащення: таблиця Сівцева-Головіна, апарат Рота, оптометри Поляка, ручка, медична документація;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта, якої відповіді від нього чекаєте Підготуйте необхідну медичну документацію Підключіть апарат Рота до електричної мережі Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець на відстані 5 м від таблиці. Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони та дивився прямо перед собою. Попросіть пацієнта закрити заслінкою ліве око (краще спершу покажіть як, щоб уникнути тиску на очне яблуко і в подальшому тимчасового затуманення зору або ненавмисного підглядання).	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується підготовка медобладнання Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта

Основний	Починайте обстеження з першого рядка таблиці, показуючи оптотип протягом 2-3 сек. і переходьте до наступного. Якщо всі знаки названі правильно, показуйте менші, поки пацієнт не помилиться. Гостроту зору зараховують по рядку найменших знаків, які пацієнт назвав правильно. Кожен рядок відповідає певній гостроті зору, вказаній поруч з ним: перший -0,1; п'ятий-0,5; сьомий -0,7 і.т.д. Нормою вважається безпомилкове читання 10 рядка, що відповідає гостроті зору 1,0. Якщо пацієнт не розрізняє навіть першого рядка (гострота зору менше 0,1), визначають відстань з якої він визначає оптотип першого рядка. Для цього пацієнта підводьте до таблиці до тих пір, поки він не побачить перший рядок і виміряйте відстань, з якої він розпізнав опто типи першого рядка. Гостроту зору вираховують за формулою Snellena: $VIS = d/D$ (де d-це відстань, з якої пацієнт бачить літери, D – відстань, з якої повинен бачити, тобто нормальне око бачить даний рядок). Відстань D вказана на таблицях поруч з кожним рядком. Для першого рядка вона рівна 50м, для другого -25м.і.т.д. Можливо також використовувати різні таблиці з розрізаними опто типами (опто типи Поляка), які наближують до пацієнта, при цьому на таблиці з опто типами вказана відстань D і відповідна гострота зору. Можна демонструвати різну кількість пальців, наближаючи до пацієнта, прирівнюючи їхню величину до величини опто типів першого рядка таблиці Головіна-Сівцева і використовувати все ту ж формулу Snellena. Таким чином можна розрахувати гостроту зору включно до 0,005. Далі її виражають і відстані від об'єкту. Наприклад, рахунок пальці з 20см, рахунок пальців з 10 см, рахунок пальців біля обличчя. Якщо у пацієнта низький зір, використайте пінхол заслінку (діаметром 1.2мм). Поліпшення гостроти зору при використанні пінхолу вказує на те, що зір пацієнта може покращитися за допомогою окулярної корекції. Якщо у пацієнта відсутній предметний зір, тобто він не бачити опто типи таблиці або пальці дослідника, необхідно визначити світловідчуття. Офтальмоскопом наводять на око промінь світла. Промінь наводять з різних напрямків і якщо пацієнт правильно називає напрямок джерела світла – то гострота зору дорівнює proectio lucis certa, якщо помиляється- proectio lucis incerta – свіловідчуття з неправильною світлопроекцією.	Забезпечується ефективне виконання процедури

	Якщо пацієнт взагалі не відчуває світло – гострота зору рівна нулю (0). При записі вказують нуль (0).	
Завершальний етап	Перевірте гостроту зору на лівому оці. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Записують отримані дані, як Visus OD (oculi dexter) або OS (oculi sinister). Якщо гострота зору обох очей однакова, то можна записати Visus OU (oculi uniter).	Оцінка стану пацієнта

2. Визначення меж поля зору контрольним методом

Показання: профілактичні медичні огляди, патологічні процеси органу зору.

Протипоказання: порушення прозорості оптичних середовищ, проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта, якої відповіді від нього чекаєте. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець спиною до світла. Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони та дивився прямо перед собою.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується положення пацієнта
Основний етап	1. Попросіть пацієнта прикрити долонею ліве око. 2. Попросіть пацієнта, щоб обидва ока (те, що прикрито долонею, і те, що не прикрито долонею) були відкриті й не рухались. 3. Сядьте навпроти пацієнта на відстані одного метра. 4. Прикрийте долонею правої руки своє праве око. 5. Попросіть пацієнта фіксувати Ваше відкрите око. 6. Відведіть випрямлену ліву руку у лівий бік, розведіть пальці і помалу пересувайте її у площині, що пролягає посередині відстані між пацієнтом і медичним працівником, перпендикулярно до зорової лінії пацієнта. 7. Рухи проведіть у чотирьох основних напрямках (вертикальний, горизонтальний, два косих). 8. Попросіть пацієнта вказати момент сприйняття появи пальців руки. 9. Порівняйте власне відчуття появи пальців з відчуттям пацієнта.	Забезпечується ефективне виконання процедури

	10. Попросіть пацієнта прикрити долонею праве око, прикрийте своєю лівою долонею ліве око і повторіть, змінивши руки, проведіть дослідження лівого ока.	
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	У нормі поля зору медичного працівника і пацієнта повинні бути однаковими. Методика дає змогу виявити значні звуження та грубі дефекти поля зору.	Оцінка стану пацієнта

3. Визначення меж поля зору на периметрі

Показання: хвороби зорового нерву, сітківки та нервової системи.

Протипоказання: порушення прозорості оптичних середовищ, проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: периметр, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта, якої відповіді від нього чекаєте, покажіть фіксаційну позначку, світлий об'єкт. Підготуйте необхідну медичну документацію. Лобно-підборідну підставку периметра попередньо протріть спиртовмісним дезрозчином. Обстеження проводять в темній кімнаті. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець спиною до джерела світла. Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони та дивився прямо перед собою. Підборіддя пацієнта поставте на підставку приладу, одне око закрийте пов'язкою, що не обмежує поле зору іншого ока. Обстежуване око розташуйте в центрі дуги периметра, чого досягнемо переміщенням лобно-підборідної підставки та налобника послідовно. Попросіть пацієнта нерухомо дивитися на фіксаційну точку в центрі дуги.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта
Основний	Поворотом барабана світловий об'єкт переведіть на периферію периметричної дуги та повільно повертаючи барабан, переміщуйте об'єкт до центру зі швидкістю 2-3 мм/сек по градусній шкалі і відмічайте момент, коли пацієнт констатує появу об'єкту в його полі зору словом «бачу», а також якщо на шляху його руху об'єкт пропадає чи стає менш чітким.	Забезпечується ефективне виконання процедури

	Потім об'єкт переведіть на інший край дуги і продовжуйте дослідження. Послідовно вимірюйте поле зору в 8-12 меридіанах з інтервалами 45° чи 30°. На бланку відзначають меридіан і градус, який визначили по дузі, що відповідає першій появі об'єкта. Повторіть процедуру, закриваючи інше око	
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. З'єднайте помітки на бланку із схемою поля зору та отримайте периферичні межі поля зору. Абсолютні скотоми на схемі помічають суцільним кольором, відносні – штриховим зафарбовуванням. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Нормальні межі поля зору на білий колір: назвні - до 90°, угору - 50-55°, досередини - 55°, униз - 65-70°.	Оцінка стану пацієнта

4. Дослідження кольоровідчуття за допомогою поліхроматичних таблиць

Показання: профілактичні медичні огляди, патологічні процеси органу зору.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: книжка з поліхроматичними таблицями, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта які відповіді і дії від нього вимагаються. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець, спиною до вікна (дослідження проводиться при доброму денному освітленні, можна застосовувати штучне освітлення, лише при використанні ламп денного світла). Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується положення пацієнта
Основний	Розмістіть книжку з таблицями строго у вертикальній площині на відстані 0,5-1м від пацієнта на рівні його очей, покажіть кожну таблицю близько 2-3 сек.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду

Оцінювання отриманого результату	Результати дослідження аналізуються згідно таблиці відповідей, що розташована в кінці книги. Якщо пацієнт дає неясні відповіді, або не бачить окремих явних цифр і не читає XXIII, XXIV, XXV і XXVI таблиць («36», «14», «9» і «4»), то це говорить про набуті розлади кольоровідчуття. Дані по кожному тесту узгоджуються з вказівками, які є в Додатках до таблиць.	Оцінка стану пацієнта

5. Дослідження бінокулярного зору орієнтовним методом (проба соколова)

Показання: профілактичні медичні огляди, косоокість, порушення рефракції.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: аркуш паперу А4, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта які відповіді і дії від нього вимагаються. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець, спиною до вікна (дослідження проводиться при доброму денному освітленні, можна застосовувати штучне освітлення, лише при використанні ламп денного світла). Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка медперсоналу Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта
Основний	Скрутіть аркуш паперу А4 в трубочку. Попросіть пацієнта, щоб він однією рукою тримав трубку перед правим оком. До кінця трубки з лівого боку нехай приставляє долоню.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	При наявності у хворого бінокулярного зору створюється враження «дірки» в долоні, через яку сприймається зображення, яке бачить пацієнт через трубку.	Оцінка стану пацієнта

6. Метод фіксації маленької дитини

Показання: профілактичні медичні огляди, патологічні процеси органу зору.

Протипоказання: проникаючі поранення ока.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з мамою чи татом пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть одного з батьків пацієнта зручно сісти на стілець.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта
Основний	Ви або мама візьміть дитину до себе на коліна, так щоб голова дитини була зажата між колінами лікаря, а спина лежала у Вас чи мами на колінах. Одною рукою утримуйте і зажимайте коліна до себе, іншою – відтягуйте і притримуйте руки. Посадіть дитину собі на коліна, одною рукою утримуйте тіло і руки, іншою – голову, ноги дитини зажміть між колінами.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте одного з батьків пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Оцініть стан зорового аналізатора відповідно до використаного методу дослідження	Оцінка стану пацієнта

7. Вивертання верхньої повіки для огляду слизової оболонки

Показання: стороннє тіло кон'юнктиви, алергічні та вірусні кон'юнктивіти, хімічні опіки.

Протипоказання: проникаючі поранення ока.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ватна чи скляна паличка, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду Проінформуйте пацієнта, якої відповіді від нього чекаєте; Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Попросіть пацієнта подивитися вниз Попросіть пацієнта сісти на стілець	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта

		Забезпечується інфекційної безпеки Забезпечується положення пацієнта
Основний		Тримаючи пальці правої руки вздовж верхньої повіки, вказівним та великим пальцями візьміть край повіки так, щоби захопити вії; Потягніть верхню повіку донизу, трохи відтягніть від очного яблука так, щоб бачити через шкіру закінчення хрящової пластинки; Лівою рукою (тримаючи в ній ватну чи скляну паличку, або великим пальцем) злегка притисніть верхню повіку над краєм хряща до очного яблука, одночасно правою рукою вивертайте її; Ліву руку заберіть з-під повіки та великим пальцем зафіксуйте вії до шкіри верхньої повіки; Огляньте кон'юнктиву верхньої повіки на предмет наявності сторонніх тіл, плівок, фолікулів, крововиливів та ін.; При необхідності ватною паличкою або тампоном протріть кон'юнктиву; Після огляду попросіть пацієнта подивитись догори або вільною рукою потягніть край повіки донизу та

		оберніть її в початкове положення;
Завершальний етап		Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.
Оцінювання отриманого результату		Про наявність стороннього тіла, фолікулів чи сосочків повідомте лікаря.

8. Проведення слъзо-носової проби веста

Показання: профілактичні медичні огляди, передопераційна підготовка пацієнта, захворювання слізних органів.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація, 3% розчин коларголу, або 1% розчин флюоресцеїну.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець. Зверніть увагу пацієнта на те, що спочатку для інстиляції препарату йому потрібно сісти і закинути голову, а після інстиляції - голову схилити вниз.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечення інфекційної безпеки Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта
Основний	Натисніть на ділянку слізного мішка (для видалення його вмісту); В кон'юнктивальний мішок закрапайте барвник (3% розчин коларголу, або 1% розчин флюоресцеїну); Через 5 хв після інстиляції барвника, намотайте на зонд ватний тампончик і вставте його в нижній носовий хід на глибину 3-3,5см; Проведіть аналогічну маніпуляцію на парному оці.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду

Оцінювання отриманого результату	Поява через 5 хвилин барвника на тампоні говорить про прохідність слізно-носового каналу (проба позитивна); якщо фарбник з'являється на тампоні через 6-20 хвилин – проба повільна; поява фарбника на тампоні через 20 хвилин або його відсутність вказує на негативний результат проби.	Оцінка стану пацієнта

9. Визначення офальмотонусу пальпаторно

Показання: профілактичні медичні огляди, офальмогіпертензія, підозра на глаукому, запалення райдужки і війкового тіла, відшарування сітківки, перед закапуванням мідріатики з профілактичною метою.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець. Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта
Основний	Розташуйтеся навпроти пацієнта; Попросіть пацієнта подивитись вниз; Подушечки кінцевих фаланг вказівних пальців обох рук покладіть на м'яку частину верхньої повіки і поперемінно натискайте, оцінюючи ступінь щільності ока; Проведіть аналогічну маніпуляцію на парному оці.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Tn - нормальний стан ВОТ, T+1 - помірне ущільнення ока в порівнянні з нормою, T+2 - значне підвищення щільності ока, T+3 - щільність ока настільки підвищилась, що при інтенсивному натисканні неможливо вдавiti склеру. Цифри з протилежним знаком (T-1, T-2, T-3) означають три ступені зниження ВОТ.	Оцінка стану пацієнта

10. Визначення офальмотонусу тонометром по маклакову

Показання: профілактичні медичні огляди, первинна, вторинна глаукома, гостра непрохідність центральної вени сітківки, передопераційна підготовка пацієнта.

Протипоказання: запальні захворювання переднього відділу очей, проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: тонометр Маклакова, вимірювальна лінійка Поляка, місцевий анестетик, дезінфікуючі краплі, кушетка, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом; Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього; Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду; Проведіть епібульбарну анестезію (3 кратне закапування 0,5% розчину алкаїну); Підготуйте площадки тонометрів масою 10 г, змастіть їх тонким шаром фарби (коларгол, Бісмарк-браун в гліцерині з водою) та вставте в пінцет-утримувач. Підготуйте необхідну медичну документацію Попросіть пацієнта лягти на кушетку, на спину.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується підготовка медобладнання Забезпечується положення пацієнта
Основний	Повіки притримуйте великим та вказівним пальцями лівої руки; В праву руку візьміть утримувач з тонометром та поставте його вертикально на центр рогівки, опустивши утримувач до середини тонометра (для того, щоб тонометр став на око усією своєю вагою) і через 2-3 секунди зніміть останній з ока; Поверніть тонометр другою площадкою та повторіть дослідження; Проведіть аналогічне дослідження на парному оці.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Підготуйте тонкий папір, ледь змочіть його розчином спирту, зробіть відбиток площадок тонометру. В кон'юнктивальну порожнину закрапайте дезінфікуючі краплі; Проведіть обробку поверхні тонометрів протираючи їх 70% р-ном спирту	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Виміряйте діаметр кола сплющування для визначення внутрішньоочного тиску в мм рт ст за допомогою спеціальної градуйованої лінійки Поляка.	Оцінка стану пацієнта

11. Масаж повік

Показання: мейбомієві блефарити, дисфункція мейбомієвих залоз.

Протипоказання: травми, опіки.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ватна чи скляна паличка, місцевий анестетик, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проведіть епібульбарну анестезію (3 кратне закапування 0,5% розчину алкаїну). Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець і дивитись донизу.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Візьміть скляну паличку і заведіть її під верхню повіку. Натискайте реберний край повіки на скляну паличку поступово по всій довжині повіки. Спостерігайте за виділенням секрету з протоків мейбомієвих залоз. Потім скляну паличку заведіть під нижню повіку і натискайте реберний край повіки на скляну паличку поступово по всій довжині повіки.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Після масажу повік обробіть краї повік ватною паличкою змоченою спиртом-ефіром. Кон'юнктивальну порожнину промийте дезінфікуючим розчином.	Забезпечується інфекційна безпека
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття.	Оцінка стану пацієнта

12. Метод огляду бічним освітленням: простий

Показання: профілактичні медичні огляди, патологічні процеси органу зору.

Протипоказання:

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: лінза +13 або 20,0 діоптрій, штучне джерело світла, медичний ліхтарик, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички; Увімкніть лампу, яка знаходиться ліворуч від пацієнта. Попросіть пацієнта сісти на стілець і повернути голову в бік джерела.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується підготовка обладнання

		Забезпечується положення пацієнта
Основний	Розташуйтеся навпроти пацієнта, змістивши свої коліна вправо, а коліна пацієнта – вліво. Спрямуйте світло від лампи на око, що досліджується Візьміть у праву руку лінзу силою 13,0 або 20,0 діоптрій Розмістіть лінзу перед досліджуваним оком перпендикулярно до ходу променів від настільної лампи на відстані 7 – 8 см (для лінзи 13,0 дптр) чи 5 см (для лінзи 20,0 дптр) від ока Великим і вказівним пальцями лівої руки обережно розведіть повіку досліджуваного ока Провести аналогічну процедуру на парному оці.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Оцініть стан склери (колір, хід, кровонаповнення судинами), рогівки (розмір, форму, прозорість, гладкість, сферичність, блиск), передньої капери (глибину, вміст), райдужки (колір, малюнок, наявність/відсутність пігментних включень), зіниці(форму, ширину, реакцію на світло), кришталика.	Оцінка стану пацієнта

13. Визначення чутливості рогівки

Показання: кератити.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: волоски Фрея або ватний джутик, штучне джерело світла, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом; Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього; Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички; Підготуйте ватний тампон згорнутий в дуже тонкий джутик Попросіть пацієнта сісти на стілець широко відкрити очі	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується підготовка медобладнання Забезпечується положення пацієнта

Основний	Ватним джгутиком доторкніться центрального відділу рогівки і потім в 4-ьох точках по периферії (відповідно 12, 15, 18, 21 год). Проведіть аналогічну маніпуляцію на парному оці.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Спостерігайте за наявністю мигального рефлексу і повідомлень пацієнта про відчуття, які виникли на дотик джгутиком Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Оцініть знаком “+” наявність, знаком “-” відсутність і знаком “+/-” зниження чутливості рогівки.	Оцінка стану пацієнта

14. Визначення рефракції за допомогою коригуючих скелець

Показання: профілактичні медичні огляди, аномалії рефракції косоокість, афакія.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, опіки III, IV ступенів

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: таблиця Сівцева-Головіна, апарат Рота, набір коригуючих скелець, пробна оправа, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом; Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього; Поясніть доцільність проведення дослідження, отримайте згоду. Проінформуйте пацієнта, якої відповіді від нього чекаєте. Підготуйте необхідну медичну документацію. Підключіть апарат Рота до електричної мережі. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець на відстані 5 м від таблиці. Наголосіть, щоб він сидів рівно, не мружився, не нахилив голову в різні сторони та дивився прямо перед собою.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується підготовка медобладнання Забезпечується положення пацієнта Забезпечується підготовка пацієнта

Основний	Монокулярно визначить гостроту зору пацієнта. У пробну окулярну оправу перед правим оком вставте слабку збиральну лінзу силою +0,5 дптр і з'ясуйте як змінився зір пацієнта. Якщо зір поліпшився, то в правому оці гіперметропічна рефракція. Поступово збільшуйте силу збиральної лінзи, щоб досягнути максимальної гостроту зору на правому оці. Якщо зір із збиральною лінзою +0,5 дптр погіршився, в окулярну оправу навпроти правого ока вставте слабку розсіювальну лінзу (-0,5 дптр). Якщо при цьому гострота зору залишається незмінною або трохи знижується, вважається, що виявлена еметропія. Якщо зір покращився, значить виявлена міопія і силу розсіювальної лінзи треба збільшувати до максимального покращення гостроти зору.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Виконайте аналогічне дослідження на лівому оці. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Ступінь гіперметропії визначають за найсильнішою збиральною лінзою, яка дає найвищу гостроту зору. Ступінь міопії визначають за найслабшою розсіювальною лінзою, яка дає найвищу гостроту зору.	Оцінка стану пацієнта

15. Закапування крапель в кон'юнктивальний мішок

Показання: діагностика (огляд очного дна), лікування патологічних процесів органу зору.

Протипоказання:

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець і запрокинути голову.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Великим і вказівним пальцями лівої руки притисніть ватну кульку до нижнього краю очної ямки, одночасно відтягнувши нижню повіку вниз.	Створюються умови для виконання процедури

	Правою рукою тримайте флакон з препаратами на відстані 1,0-1,5 см від ока, щоб не торкатись до країв повіки, під кутом 45° . Впускайте в кон'юнктивальний мішок 1-2 краплі розчину лікарської речовини.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Після закапування запропонуйте хворому закрити око та притиснути вказівним пальцем в зоні нижньої слізної крапки для зменшення потрапляння крапель в носовий хід.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Оцінка стану пацієнта

16. Закладання мазі в кон'юнктивальний мішок

Показання: патологічні процеси переднього відділу очей.

Протипоказання: проникаючі поранення ока, хімічні опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: туба з маззю, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець, запрокинути голову і дивитись вгору.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Великим і вказівним пальцями лівої руки притисніть ватну кульку до нижнього краю очної ямки, одночасно відтягнувши нижню повіку донизу, упираючись пальцем у край орбіти. Із туби видавіть невелику кількість мазі в нижнє кон'юнктивальне склепіння від зовнішнього до внутрішнього краю.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Після закладання мазі запропонуйте хворому закрити око.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Оцінка стану пацієнта

17. Промивання кон'юнктивальної порожнини

Показання: стороннє тіло кон'юнктиви, опіки.

Протипоказання: проникаючі поранення ока.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: гумова груша (балон), 20гр. шприц, розчин для промивання, ниркоподібний лоток, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. В гумову грушу чи 20- грамовий шприц наберіть промивний розчин. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується підготовка медобладнання Забезпечується положення пацієнта
Основний	Проведіть епібульбарну анестезію шляхом триразового закапування в кон'юнктивальний мішок 0,25% розчину дикаїну з невеликими інтервалами. При промиванні кон'юнктиви нижньої повіки, нижньої перехідної складки і нижньої половини очного яблука нижню повіку відтяніть донизу, а хворого попросіть дивитись догори. В цей момент направте струмінь промивного розчину на очне яблуко. При промиванні кон'юнктиви верхньої повіки, верхньої перехідної складки і верхньої половини очного яблука верхню повіку підніміть догори. Хворого попросіть дивитись вниз і в цей час під тиском спрямуйте струмінь промивного розчину в напрямку верхнього кон'юнктивального склепіння.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Під нижню щелепу підкладіть ниркоподібний лоток, який триматиме руками хворий, для стікання в нього промивного розчину.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Оцінка стану пацієнта

18. Видалення поверхневих сторонніх тіл з кон'юнктиви

Показання: стороннє тіло кон'юнктиви і рогівки, опік незгашеним вапном.

Протипоказання: стороннє тіло в кон'юнктиві

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ватна паличка, місцевий анестетик, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Проведіть епібульбарну анестезію (3 кратне закапування 0,5% розчину алкаїну). Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується підготовка пацієнта Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Розведіть повіки великим і вказівним пальцями правої руки. Візуалізуйте стороннє тіло (якщо стороннє тіло на верхній повіці – виверніть в/повіку, якщо на нижній повіці – виверніть н/повіку, якщо на кон'юнктиві очного яблука – зафіксуйте повіки). Видаліть стороннє тіло скрученим ватним тампоном чи ватною паличкою.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Промийте кон'юнктивальну порожнину. Інстилюйте дезінфікуючі очні краплі.	Забезпечується інфекційна безпека
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	Оцінка стану пацієнта

19. Дослідження рухомості очних яблук (приведення і відведення)

Показання: косоокість, аномалії рефракції, захворювання орбіти, захворювання зорового нерву.

Протипоказання: проникаючі поранення, хімічні опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується положення пацієнта
Основний	Сядьте навпроти пацієнта і попросіть його стежити двома очима за об'єктом (палець, ручка). Переміщуйте об'єкт перед ним в різних напрямках (вправо, вліво, вгору і вниз).	Забезпечується ефективне виконання процедури

Завершальний етап	Спостерігайте за тим, чи рухаються очні яблука пацієнта синхронно чи ні і яке положення займають при крайніх відведеннях. Запитайте пацієнта про його самопочуття. Занесіть результати дослідження кожного ока у документацію.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	В нормі при максимальному повороті ока в носову сторону внутрішній край рогівки повинен доходити до внутрішнього кута очної щілини, а при максимальному відведенні його в протилежному напрямку відповідний край його повинен торкатися вже зовнішнього кута очної щілини.	Оцінка стану пацієнта

20. Визначення реакції зіниці на світло

Показання: двоїння, анізокорія, неврологічна симптоматика.

Протипоказання: проникаючі поранення, хімічні опіки III, IV ступенів.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: офтальмологічний ліхтарик, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується положення пацієнта
Основний	Попросіть пацієнта дивитися прямо обома очима. Направте світло від ліхтарика в зіницю правого ока пацієнта, при цьому слідкуючи за зміною величини зіниці на цьому ж оці. Повторіть тест на тому самому оці, щоб спостерігати за співдружнім світловим рефлексом на іншому оці. Повторіть процедуру на іншому оці спостерігаючи за прямою та співдружньою реакцією зіниці. Розмір зіниці виміряйте лінійкою в світлих і темних умовах і запишіть в міліметрах.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Занесіть результати дослідження кожного ока у документацію.	Забезпечується документація медсестринського догляду
Оцінювання отриманого результату	Нормальний стан зіниць: однаково круглі та жваво реагують на світло та акомодацию звууженням.	Оцінка стану пацієнта

21. Накладання монокулярної пов'язки

Показання: артіфакія.

Протипоказання: хімічні опіки, бактеріальні кон'юнктивіти, виразка рогівки.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: бинт, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію. Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець і заплющити повіки.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Покладіть на заплющені повіки пацієнта ватно-марлеву прокладку. Перший тур бинта проведіть навколо голови по лобу в напрямку здорового ока. Цим туром частково зафіксуйте верхній край ватно-марлевої прокладки. Другий тур проведіть нижче вуха на боці хворого ока і далі проводьте через ватно-марлеву прокладку. Потім знову проведіть циркулярно по лобу навколо голови. Після цього проведіть нижче вуха і через око. Так по черзі, поки бинт не закрий всю ватно-марлеву прокладку.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Бинт зав'яжіть на лобі або перед вухом	Забезпечується ефективне виконання процедури
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття.	Оцінка стану пацієнта

22. Накладання бінокулярної пов'язки

Показання: проникаюче поранення очей, відшарування сітківки.

Протипоказання: хімічні опіки, бактеріальні кон'юнктивіти, виразка рогівки.

Місце проведення: оглядова кімната в офтальмологічному відділенні, ФАП, поліклінічний кабінет офтальмолога.

Необхідне оснащення: бинт, ручка, медична документація.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Привітайтеся з пацієнтом. Назвіть себе, запитайте як звертатись до нього. Поясніть доцільність проведення маніпуляції, отримайте згоду. Помийте і обробіть руки або одягніть рукавички. Підготуйте необхідну медичну документацію.	Встановлення контакту з пацієнтом Дотримується право пацієнта на інформацію

	Попросіть пацієнта зручно сісти на стілець і заплющити повіки.	Забезпечується інфекційна безпека Забезпечується положення пацієнта
Основний	Покладіть на заплющені повіки обох очей пацієнта ватно-марлеві прокладки. Перший тур бинта проведіть навколо голови по лобу фіксуючи верхній край ватно-марлевих прокладок на обох очах. Другий тур проведіть під вухом і далі через око на цьому боці. Третій тур проведіть циркулярно навколо голови. Після цього під другим вухом і через друге око. Так по черзі кожне око, перехресшуючи бинт і закріплюючи його циркулярно навколо голови, накладають пов'язку на обидва ока.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Завершальний етап	Закінчіть пов'язку циркулярним бинтуванням навколо голови на лобі і тут зав'яжіть.	Забезпечується ефективне виконання процедури
Оцінювання отриманого результату	Запитайте пацієнта про його самопочуття.	Оцінка стану пацієнта

VIII. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в дерматовенерології»

1. Гатаж – техніка виконання.

Місце проведення: медичні заклади дерматовенерологічного профілю. **Оснащення:** предметне скельце, скальпель, медичні рукавички, антисептик для рук, гігієнічні серветки, лоток для використаного матеріалу, ємності з дезінфікуючими розчинами, ємність для утилізації використаних матеріалів (наприклад, відро з педаллю).

Показання: папуло-сквамозні захворювання (псоріаз, дискоїдна форма червоного вовчака, параспоріаз), висівкоподібний лишай.

Протипоказання: виразкові елементи на шкірі, міхурчаті дерматози.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, вдягнути медичні рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.

Основний	Визначити місце проведення маніпуляції.	Забезпечується достовірність результату.
	Обробити предметне скельце чи скальпель антисептиком і висушити його за допомогою гігієнічної серветки. Використану серветку помістити в лоток.	Дотримується інфекційна безпека.
	Взяти даний предмет у руку між 1-3 пальцями. Розмістити предмет до поверхні шкіри під кутом 35-50°.	Забезпечується достовірність проведення тесту.
		
	Поступальними рухами помірної інтенсивності провести пошкрябування вогнища ураження до появи лущення. (При псоріазі - визначення патогномонічних симптомів).	Забезпечується достовірність проведення тесту (визначається характер лущення).
		
Завершальний етап	Оцінити результати проведеної маніпуляції: характер лущення (дрібно-чи крупнопластинчатє, висівкоподібне, борошноподібне), щільність прилягання лусочок до поверхні шкіри, наявність больових відчуттів).	Забезпечується достовірність інформації.
	Повідомити пацієнту результати дослідження.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Використане предметне скельце чи скальпель помістити в ємність для дезінфекції.	Дотримується інфекційна безпека.
	Зняти медичні рукавиці і утилізувати їх.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати дані дослідження в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.	Забезпечується документування результатів.

2. Діаскопія – техніка виконання.

Місце проведення: медичні заклади дерматовенерологічного профілю.

Оснащення: предметне скельце чи прозора пластмасова пластинка, медичні рукавички, антисептик для рук, гігієнічні серветки, лоток для використаного матеріалу, ємності з

дезінфікуючими розчинами, ємкість для утилізації використаних матеріалів (наприклад, відро з педаллю).

Показання: запальні та незапальні ураження шкіри, туберкульозний вовчак.

Протипоказання: немає.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, вдягнути медичні рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Визначити місце проведення маніпуляції.	Забезпечується достовірність результату.
	Обробити предметне скельце антисептиком і висушити його за допомогою гігієнічної серветки. Використану серветку помістити в лоток.	Дотримується інфекційна безпека.
	Взяти предметне скельце у руку між 1-3 пальцями. Притиснути скельце до шкіри в місці висипань. 	Забезпечується достовірність проведення тесту.
	Оцінити результати проведеної маніпуляції: зміна кольору висипань вказує на запальний характер елементів; якщо колір не змінюється, то елемент незапальний (судинний, пігментний чи геморагічний). 	Забезпечується достовірність інформації.
	Повідомити пацієнту результати дослідження.	Забезпечується право пацієнта на інформацію
Завершальний етап	Використане предметне скельце помістити в ємність для дезінфекції.	Дотримується інфекційна безпека.
	Зняти медичні рукавиці і утилізувати їх.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати дані дослідження в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.	Забезпечується документування результатів.

3. Дермографізм - техніка виконання.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: кулькова ручка чи олівець, шпатель, антисептик, лоток для використаного матеріалу, ємності з дезінфікуючими розчинами, ємність для утилізації використаних матеріалів (наприклад, відро з педаллю).

Показання: дифдіагностика алергодерматозів; допоміжний метод при призначенні загальної медикаментозної терапії.

Протипоказання: немає.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Попросити пацієнта роздягнутися до пояса.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Визначити місце проведення маніпуляції (спина, бокова поверхня живота чи згинальна поверхня передпліччя).	Забезпечується достовірність результату.
	Протерти кулькову ручку антисептиком і висушити її або взяти шпатель.	Дотримується інфекційна безпека.
	Тупим кінцем ручки чи краєм шпателя під кутом 30-90° провести смуги на шкірі.	Забезпечується достовірність результату.
Завершальний етап	Оцінити результати проведеної маніпуляції через 10-20с: поява білої, червоної, змішаної чи уртикарної лінії.	Забезпечується достовірність інформації.
		
	Повідомити пацієнту результати дослідження.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Використаний предмет помістити в лоток чи ємність для дезінфекції.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати дані дослідження в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.	Забезпечується документування результатів.

4. Проведення та оцінка шкірних алергологічних тестів.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: розчини алергенів, тест-пластирі з наборами стандартизованих розчинів алергенів, розчин гістаміну, вода для ін'єкцій, стерильні голки чи скарифікатори, маркер, медичні рукавички, медична маска, лоток для використаного матеріалу, ємності з

дезінфікуючими розчинами, ємкість для утилізації використаних матеріалів (наприклад, відро з педаллю).

Показання: алергічний контактний дерматит, в т.ч. спричинений косметичними чи доглядовими засобами, металами; негативна динаміка atopічного дерматиту, екземи; дерматиту, пов'язаного з професійною діяльністю та ін.

Протипоказання: прийом імунодепресантів, антигістамінних чи гормональних препаратів; активна фаза дерматиту; відвідування солярію чи природної інсоляції за 2 тижні до проведення тесту; ураження шкіри у місці проведення тесту, поширений дерматит в активній фазі, анафілактичний шок в анамнезі; вагітність та грудне вигодовування; підтверджена важка алергічна реакція на один із алергенів (гаптенів), що використовуються в тесті.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, вдягнути медичні маску та рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
	Попросити пацієнта роздягнутися до пояса і сісти на крісло. У чоловіків, при необхідності, попередньо поголити волосся.	Забезпечується правильність підготовки до тестування та зручність пацієнта.
	Шкіру спини протерти антисептичним засобом.	Дотримується інфекційна безпека.
Основний	<u>Для проведення тесту аплікаційного (патч-тесту):</u> На шкіру верхньої частини спини прикріпити готові пластирі-пластини з досліджуваними гаптенами.	Забезпечується дотримання методики проведення тестування.
	Повідомити пацієнта, щоб уникнув контакту з водою інтенсивного потіння та інсоляції.	Забезпечується запобігання небажаним реакціям.



	Залишити на 48 год.	Забезпечується достовірність проведення тесту.
	Зняти тест-пластини і помістити в ємність для утилізації.	Забезпечується інфекційна безпека.
	Оцінити результат. Відповідно до рекомендацій Міжнародної дослідницької групи: 1+ - на місці певного алергену наявна стійка еритема та набряк; 2+ - наявність везикул; 3+ - виражена реакція з появою міхурів. 	Забезпечується достовірність результату.
	Провести повторну оцінку результату через наступні 48 годин.	Забезпечується безпека пацієнта і достовірність отриманої інформації.
	<u>Для проведення тесту скарифікаційного (прик-тесту):</u> -на згинальну поверхню передпліччя нанести краплю розчину алергену і промаркувати це місце маркером; 	Дотримується методика проведення тесту.
	-через краплю шкіру злегка проколоти стерильною голкою чи скарифікатором.	Забезпечується penetрація розчину в епідерміс та достовірність проведення тесту.

		
	-відступивши 2 см, повторити маніпуляцію з розчинами інших алергенів та новою стерильною голкою чи скарифікатором.	Забезпечується можливість проведення тесту з іншими алергенами.
	На згинальну поверхню іншого передпліччя нанести краплю розчину гістаміну і краплю води для ін'єкцій, промаркувати.	Забезпечується достовірність прік-тесту (виключається хибно позитивна реакція).
	Оцінити результат на обох передпліччях на наявність чи відсутність реакції у вигляді висипань (почервоніння, набряк, поява пухирів, міхурців чи міхурів, діаметром >3мм) через 15-20 хвилин. Позитивна реакція з алергеном, гістаміном та негативна реакція на воду вказують на достовірність результату алерготесту. Негативна реакція з гістаміном чи позитивна реакція на воду вказують на недостовірний результат алерготесту.	Забезпечується достовірність результату.
Завершальний етап	Повідомити пацієнту результати алергологічного тестування.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти шкіру в місцях тестування антисептиком.	Дотримується інфекційна безпека.
	Використані засоби помістити в лоток. Зняти медичні рукавиці і утилізувати їх.	
	Задokumentувати результати тестів дослідження у медичну карту амбулаторного (форма 025\о) чи стаціонарного хворого (форма 003\о).	Забезпечується документування результатів.

5. Техніка обробки шкіри аніліновими барвниками.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: стерильні марлеві тампони, ватні диски, вушні палички, аніліновий барвник, лоток, антисептик, стерильна пеленка, ємність для утилізації використаних матеріалів.

Показання: гнійничкові та міхурцеві дерматози, порушення цілісності шкірного покриву (порізи, подряпини, тріщини, оперативні рани), ерозивні процеси на слизових оболонках.

Протипоказання: рясні кровотечі, алергічна чутливість.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Розмістити зручно пацієнта. Підготувати місце для обробки, застеливши одноразовою пеленкою.	Забезпечується зручність пацієнта та можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, при необхідності, вдягнути медичні маску та рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Визначити місце проведення маніпуляції.	Забезпечується достовірність результату.
	При потребі звільнити місце ураження від бруду, кірок, гною за допомогою антисептиків; промити і просушити марлевими тампонами .	Дотримується інфекційна безпека та достовірність результату.
	Відкрити флакон з аніліновим барвником. Змочити ватний диск чи вушну паличку аніліновим барвником.	Забезпечується можливість проведення процедури.
		
	Нанести аніліновий барвник безпосередньо на уражену ділянку.	Забезпечується достовірність результату.
		
	При потребі повторити ці маніпуляції іншою вушною паличкою чи ватним диском.	Дотримується інфекційна безпека..

	Використані матеріали помістити в лоток.	Дотримується інфекційна безпека.
	Залишити оброблену ділянку шкіри відкритою до підсихання. При потребі, після підсихання накласти пов'язку чи пластир.	Забезпечується достовірність результату та зручність пацієнта.
Завершальний етап		
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Відпустити пацієнта.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти медичні рукавиці антисептиком. Зняти медичні рукавиці та утилізувати їх. Утилізувати використаний матеріал. Закрити флакон із аніліновим барвником.	Дотримується інфекційна безпека
	Задokumentувати процедуру в листку лікарських призначень (форма 003-4\о).	Забезпечується документування процедури.

6. Техніка обробки лікарськими засобами вогнищ піодермії, мікозу шкіри.

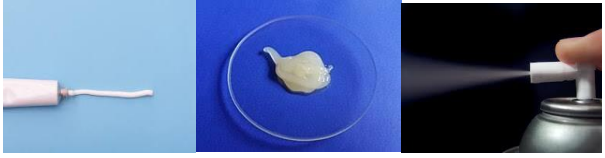
Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: стерильні марлеві тампони, ватні диски, вушні палички, лікарський засіб (розчин анілінового барвника (фукорцин, метиленовий синій водний чи спиртовий розчин, чи 5% розчин йоду), антибактеріальний чи протигрибковий засіб у вигляді мазі, крему, аерозолі...), лоток, антисептик, стерильна пеленка, смітник для утилізації.

Показання: гнійничкові дерматози, мікози шкіри.

Протипоказання: алергічна чутливість.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Розмістити зручно пацієнта. Підготувати місце для обробки, застеливши одноразовою пеленкою.	Забезпечується зручність пацієнта та можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, при необхідності, вдягнути медичні маску та рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Визначити місце проведення маніпуляції,	Забезпечується достовірність результату.

	Продезинфікувати шкіру довкола вогнища. При потребі: звільнити місце ураження від кірок, гною; провести епіляцію; промити за допомогою антисептиків і просушити марлевими тампонами.	Дотримується інфекційна безпека.
	Відкрити флакон з аніліновим барвником чи 5% розчином йоду. Змочити ватний диск чи вушну паличку розчином та нанести безпосередньо на уражену ділянку.  При потребі повторити ці маніпуляції іншою вушною паличкою чи ватним диском. Використані матеріали помістити в лоток.	Забезпечується можливість проведення процедури та достовірність результату (дезінфікуюча та підсушуюча дія).
	Залишити оброблену ділянку шкіри відкритою до підсихання. При необхідності, через 30с-5хв підсушити ділянку серветкою. Антибактеріальний чи антимікотичний засіб розпилити на уражену ділянку чи нанести за допомогою шпателя з подальшим легким втиранням (при необхідності) за допомогою 2-3 пальців кисті.  При потребі, після підсихання накласти марлеву пов'язку, пластр чи компрес.	Забезпечується правильність нанесення засобу та достовірність результату.
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Відпустити пацієнта.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
Завершальний етап	Протерти медичні рукавиці антисептиком. Зняти медичні рукавиці та утилізувати їх. Утилізувати використаний матеріал. Закрити флакон із аніліновим барвником.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати процедуру в листку лікарських призначень (форма 003-4/о).	Забезпечується документування процедури.

7. Техніка взяття патологічного матеріалу для лабораторного дослідження при мікозах шкіри та її придатків.

Місце проведення: лабораторія медичного закладу.

Оснащення: спиртівка, предметні і покривні скельця, банка з інструментами (епіляційний пінцет, ножиці, скальпель, щипці для нігтів). Сірники, штатив з чистими пробірками, флакон із 20% розчином їдкого калію або натрію (KOH або NaOH), нестерильні медичні рукавички, ємність для дезінфекції інструменту.

Показання: грибкові захворювання шкіри та волосся.

Протипоказання: відсутні.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Посадити зручно пацієнта.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, при необхідності, вдягнути медичні маску та рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	<i>Примітка:</i> при мікозі гладкої шкіри проводиться забір лусок, при ураженні в/частини голови – лусок і волосся. Забір матеріалу для дослідження проводиться з периферичних місць найбільш свіжих вогнищ ураження.	Забезпечується інформативність і достовірність результату.
	За допомогою скальпеля зішкребти лусочки на предметне скельце, зверху накрити покривним скельцем. 	Забезпечується достовірність забору та доставки матеріалу на дослідження.
	Пучок волосся (3-10 волосин) вистригти на відстані 0,1 мм від коренів або висмикувати з волосяними цибулинами за допомогою пінцета.  а)	
	Отриманий матеріал помістити на предметне скельце із краплею 20% розчину КОН або NaOH, накрити покривним склом і злегка підігріти на невеликому полум'ї спиртівки протягом 1-2 хвилин для просвітлення взятого матеріалу.	
	Уражені нігті зістригти ножицями чи щипцями для нігтів (довжиною не менше 2-х мм)	Забезпечується правильність забору досліджуваного матеріалу.

	 У пробірку, що містить 20% розчин КОН або NaOH, помістити матеріал, залишити на добу для просвітлення. 	
	Використаний інструмент помістити в ємність для дезінфекції. Зняти медичні рукавиці та утилізувати їх. Вимити і висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека.
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Відпустити пацієнта.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
Завершальний етап	Задokumentувати дані забору матеріалу для лабораторного дослідження на гриби у лабораторний журнал.	Забезпечується документування забору лабораторного матеріалу.
	Заповнити направлення і передати матеріал лікарю-лаборанту на дослідження.	Забезпечується вірогідності даних про пацієнта.

8. Техніка проведення епіляції при дерматомікоз та піодермітах.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: стерильний пінцет, стерильні марлеві тампони, ватні диски, лоток, антисептик, розчин анілінового барвника чи 5% йоду, антибактеріальний чи антимікотичний засіб, ємність для утилізації використаних матеріалів.

Показання: піодермії та мікози волосистих частин тіла.

Протипоказання: подразнена шкіра.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення. Підготувати місце для обробки. Розмістити зручно пацієнта.	Забезпечується можливість та зручність проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, при необхідності, вдягнути медичні маску та рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.

Основний	Визначити місце проведення маніпуляції,	Забезпечується достовірність результату.
	Продезінфікувати шкіру довкола вогнища.	Дотримується інфекційна безпека.
	При потребі: звільнити місце ураження від кірок, гною. Пінцетом захопити пеньки волосин, висмикнути у напрямку його росту. Ватним диском, змоченим антисептиком, протерти пінцет. Дану маніпуляцію при потребі повторити. Епіляцію провести довкола вогнища ураження на відстані 1-2 мм.	Забезпечується правильність забору матеріалу.
		
	Використаний інструмент помістити в лоток. Обробити антисептиком неушкоджену ділянку шкіри довкола вогнища ураження.	Дотримується інфекційна безпека.
	Відкрити флакон з аніліновим барвником чи 5% йодом. Змочити ватний диск чи вушну паличку розчином та нанести безпосередньо на уражену ділянку. При потребі повторити ці маніпуляції іншою вушною паличкою чи ватним диском.	Забезпечується можливість проведення процедури та достовірність результату (дезінфікуюча та підсушуюча дія).
Завершальний етап	Залишити оброблену ділянку шкіри відкритою до підсихання. Нанести антибактеріальний чи антимікотичний засіб. При потребі після підсихання накласти марлеву пов'язку, пластир чи компрес.	Забезпечується достовірність результату.
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Відпустити пацієнта.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти медичні рукавиці антисептиком. Зняти медичні рукавиці та утилізувати їх. Утилізувати використаний матеріал.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати процедуру в листку лікарських призначень (форма 003-4/о).	Забезпечується документування процедури.

9. Визначення ізоморфної реакції.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: стерильна голка, антисептик, лоток для використаного матеріалу, ємність для дезінфекції, медична документація, ручка.

Показання: папуло-сквамозні дерматози.

Протипоказання: відсутні.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Здійснити гігієнічну обробку рук, при необхідності, вдягнути медичні рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Обираємо ділянку шкірного покриву вільну від висипних елементів, зручну для контрольних оглядів на предмет появи реакції (згинальна поверхня передпліччя, бокова поверхня живота, спина).	Забезпечується достовірність результату, та зручність проведення проби.
	Протерти місце постановки реакції антисептиком.	Дотримується інфекційна безпека.
	На визначеній ділянці стерильною голкою наносимо штрихове подразнення з силою достатньою для порушення цілісності шкірного покриву та появи лінійного дефекту глибиною до 1 мм.	Забезпечується достовірність результату.
	Повторно протерти місце постановки реакції антисептиком.	Дотримується інфекційна безпека та забезпечується гемостаз.
	Використану голку помістити в ємність для дезінфекції.	Дотримується інфекційна безпека
	Повідомити пацієнта про завершення процедури та необхідність повторних оглядів. Відпустити пацієнта.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти медичні рукавиці антисептиком. Зняти медичні рукавиці та утилізувати їх. Утилізувати використаний матеріал.	Дотримується інфекційна безпека.
Завершальний етап	Повторно оглядаємо місце подразнення через 7-14 днів. Відмічаємо відсутність чи появу характерних для захворювання висипних елементів, що розташовані лінійно.	Забезпечується достовірність інформації.

		
	Повідомити пацієнту результат реакції.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Задokumentувати результат у медичну документацію.	Забезпечується документування результатів дослідження.

10. Визначення псоріатичної тріади.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: предметне скельце, антисептик, лоток для дезінфекції, ємність для утилізації використаних матеріалів, медична документація, ручка.

Показання: папуло-сквамозні дерматози.

Протипоказання: відсутні.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Здійснюємо пошкрябування предметним скельцем в місці локалізації висипань.	Забезпечується достовірність результату.
Завершальний етап	Зчитуємо результати. Внаслідок пошкрябування псоріатичних елементів (папул, бляшок) лущення посилюється і лусочки набувають білого кольору, що нагадує краплину розтертого стеарину (феномен «стеаринової плями»). При подальшому пошкрябуванні, до зернистого шару епідермісу, лусочки знімаються, відкриваючи рожеву вологу плівку (феномен «термінальної» або «псоріатичної» плівки). Якщо продовжувати	Забезпечується достовірність інформації.

	шкрябання (до сосочкового шару дерми), на поверхні плівки з'являються дрібні сенькі краплинки крові, їх кількість залежить від кількості ушкоджених під час шкрябання капілярів, що входять у сосочки (феномен "точкової кровотечі" або "кров'яної роси" Полотебнова).	
		
	Повідомити пацієнту результати дослідження.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти місце дослідження антисептиком.	Дотримується інфекційна безпека.
	Вимити і висушити руки.	
	Задokumentувати дані дослідження у медичну документацію.	Забезпечується документування результатів дослідження.

11. Взяття мазків відбитків з дна ерозії.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: простерилізовані тонкі шматочки канцелярської гумки, предметні скельця (стерильні, знежирені), етиловий спирт, медичні рукавички, антисептик, лоток для використаних матеріалів, медична документація, ручка.

Показання: міхурчаті дерматози.

Протипоказання: відсутні.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.

	Вимити і висушити руки, надягнути рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Посадити хворого обличчям до джерела світла, попросити відкрити рот; до поверхні ерозії на слизовій оболонці ротової порожнини притиснути тонкий шматочок стерильної канцелярської гумки; узятий матеріал „відбити” канцелярською гумкою на предметне скло.  При заборі матеріалу з ерозії на шкірі: притиснути скельце до дна ерозії.	Забезпечується зручність виконання маніпуляції та достовірність результату.
	Запитати пацієнта про його самопочуття.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
Завершальний етап	Висушити матеріал та зафіксувати його етиловим спиртом.	Забезпечується достовірність інформації.
	Зняти рукавички, помістити в лоток для дезінфекції. Вимити і висушити руки.	Забезпечується інфекційна безпека.
	Заповнити направлення та відправити матеріал для дослідження в лабораторію.	Забезпечується вірогідність даних про пацієнта.
	Задokumentувати дану процедуру у медичній документації.	Забезпечується документування результатів дослідження.

12. Проведення йодної проби.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: 50% мазь калію йодид, компресний папір, лейкопластир, медичні рукавички, медична документація, ручка.

Показання: герпетиформний дерматит Дюрінга, дифдіагностика бульозних дерматозів.

Протипоказання: реакції гіперчутливості до розчинів йоду.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, надягнути рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	вибрати неуразену ділянку шкіри (на передпліччі або між лопатками); нанести на цю ділянку 50% мазь калію йодиду; зверху прикрити її компресним папером; зафіксувати лейкопластирем (на 24 або 48 год.);	Забезпечується достовірність результату.
	Вимити і висушити руки. Відпустити пацієнта.	Дотримується інфекційна безпека.
Завершальний етап	Через 24 чи 48 год. повторно оглянути пацієнта. На місці контакту з маззю з'являється еритема та інші морфологічні елементи, характерні для дерматиту Дюрінга – проба позитивна.	Забезпечується достовірність інформації.
	Повідомити пацієнту отриманий результат.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Задokumentувати дані дослідження та результати проби у медичну документацію	Забезпечується документування результатів проби.

13. Техніка нанесення бовтанок.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: марлеві серветки, пінцет, затискач, лоток, бовтанка, медичні рукавички.

Показання: дерматози різної етіології.

Протипоказання: пухирчаті дерматози, мокнуття.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	За наявності лікарського призначення обробити уражену ділянку шкіри дезінфікуючим розчином, що призначив лікар.	Забезпечується дотримання правил антисептики.
	Взяти флакон з бовтанкою (що призначив лікар), інтенсивно збовтати.	Забезпечується рівномірний розподіл препарату при аплікації.
	Налити бовтанку в лоток.	Забезпечується зручність аплікації препарату.
	Декілька марлевих серветок скласти разом.	
	Пінцетом або затискачем захопити ці серветки. 	Забезпечується алгоритм виконання процедури.
	Тримайте лоток з бовтанкою близько до вогнища ураження на шкірі.	Забезпечується алгоритм виконання процедури.
Завершальний етап	Змочити марлеві серветки в розчині бовтанки і плавними рухами змастити уражену ділянку (зверху вниз, в напрямку росту волосся), щоразу змочуючи серветку в бовтанці.	Забезпечується ефективність проведення маніпуляції.
	Повідомити пацієнту про частоту та кратність нанесення бовтанок.	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека.

	Задokumentувати факт і час нанесення бовтанки в листок призначень або іншу медичну документацію.	Забезпечується документування виконання процедури.

14. Техніка накладання та видалення пластиря.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: пластир медичний, ножиці, спирт, медичні рукавички, лоток для використаних матеріалів.

Показання: дерматози різної етіології, пошкодження цілісності шкіри.

Протипоказання: позитивний симптом Нікольського, пухирчаті дерматози, гострі процеси з ерозуванням та мокнуттям.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	За наявності лікарського призначення обробити уражену ділянку шкіри дезінфікуючим розчином, що призначив лікар.	Забезпечується дотримання правил антисептики.
	Поголити волосся на ураженій ділянці.	Забезпечується зручність виконання наступних маніпуляцій.
	Ножицями вирізати пластир необхідних розмірів (на 1-1,5 см більший по краях, ніж уражена ділянка)	Забезпечується зручність виконання наступних маніпуляцій.
	Зняти захисну плівку та обережно накласти на уражену поверхню шкіри, розгладжуючи пальцями пластир.	Забезпечується щільне прилягання пластиря до поверхні шкіри.

	Щоб полегшити знімання пластиру, його краї змочують спиртом.	Забезпечується алгоритм виконання процедури.
Завершальний етап	Повідомити пацієнту про тривалість перебування пластира на шкірі.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати факт і час накладання пластира в листок призначень або іншу медичну документацію.	Забезпечується документування виконання процедури.

15. Техніка накладання компресів.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: марля або марлеві серветки, вощений папір, лоток, шпатель, розчин борної кислоти, мазі, що містять дьоготь, іхтіол, нафталан, бинт, цинкова паста з АСД, медичні рукавички.

Показання: дерматози різної етіології.

Протипоказання: міхирчаті дерматози, ерозовані поверхні з мокнуттям.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички	Дотримуються інфекційна безпека
Основний	За наявності лікарського призначення обробити уражену ділянку шкіри дезінфікуючим розчином, що призначив лікар.	Забезпечується дотримання правил антисептики.
	Розчин, що призначив лікар, налити в лоток.	Забезпечується зручність виконання наступних маніпуляцій.

	Змочити марлю, складену в 8-12 шарів, в даному розчині, відтиснути.	Забезпечується зручність аплікації препарату.
		
	Накласти марлю на уражену ділянку шкіри (щоб вона торкалась всіх уражених ділянок шкіри).	Забезпечується щільне прилягання препарату до поверхні шкіри.
	Якщо під компрес накладається мазь чи паста, то взяти мазь чи пасту на шпатель і рівномірно тонким шаром змастити уражену ділянку шкіри в напрямку росту волосся, вкрити марлевою серветкою такого ж розміру, як уражена ділянка.	Забезпечується щільне прилягання препарату до поверхні шкіри.
	Вощений папір (розміри його повинні бути на 1-2 см більші за розміри марлі) накласти поверх марлі.	Забезпечується герметичність виконання процедури.
Завершальний етап	Зафіксувати компрес турами широкого бинта.	Забезпечується ефективність проведення маніпуляції, щільне і тривале прилягання препарату до поверхні шкіри.
		
	Повідомити пацієнту про тривалість перебування компресу на шкірі.	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати факт і час накладання компресу в листок призначень або іншу медичну документацію.	Забезпечується документування виконання процедури.

16. Техніка накладання примочок, волого-висихаючих пов'язок.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: розчин борної кислоти 1-2 %, фурациліну, рекутан тощо, лоток, пінцет, марля, бинт, дезінфікуючий розчин, медичні рукавички.

Показання: дерматози різної етіології.

Протипоказання: позитивний симптом Нікольського.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	За наявності лікарського призначення обробити уражену ділянку шкіри дезінфікуючим розчином, що призначив лікар.	Забезпечується дотримання правил антисептики.
	Розчин, що призначив лікар, налити в лоток.	Забезпечується зручність виконання наступних маніпуляцій.
	Змочити марлю, складену в 4-5 шарів, в даному розчині, злегка відтиснути.	Забезпечується зручність аплікації препарату.
	Накласти марлю на уражену ділянку шкіри (щоб вона торкалась всіх уражених ділянок шкіри на 10- 20 хв).	Забезпечується щільне прилягання препарату до поверхні шкіри.
	Зняти марлю і знову змочити в даному розчині, відтиснути злегка.	Забезпечується алгоритм виконання процедури.
	Накласти марлю повторно на уражену ділянку шкіри.	Забезпечується алгоритм виконання процедури.
	Дію двох попередніх пунктів повторювати протягом 30 хв – 1,5-2 год (кілька сеансів на день протягом кількох днів, доки не припинеться мокнуття, не зменшиться еритема і набряк)	Забезпечується ефективність проведення маніпуляції.

	Для накладання волого-висихаючої пов'язки слід повторити всі зазначені вище маніпуляції, зафіксувавши наприкінці марлю за допомогою бинта.	Забезпечується щільне і тривале прилягання препарату до поверхні шкіри.
Завершальний етап	Повідомити пацієнту про частоту та кратність нанесення примочок, волого-висихаючих пов'язок, тривалість перебування препарату на шкірі.	Забезпечується право пацієнта на інформацію
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека.
	Задokumentувати факт і час накладання примочки, волого-висихаючої пов'язки в листок призначень або іншу медичну документацію	Забезпечується документування виконання процедури.

17. Техніка накладання мазей, паст.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: шпатель, спирт, вата, марлеві серветки, бинт, мазі (антибактеріальні, противірусні, кортикостероїдні та інші), пасти (цинкова, саліцилово – цинкова), медичні рукавички.

Показання: дерматози різної етіології.

Протипоказання: наявність ерозій або виразок з мокнуттям.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки, одягнути гумові рукавички.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	За наявності лікарського призначення обробити уражену ділянку шкіри дезінфікуючим розчином, що призначив лікар.	Забезпечується дотримання правил антисептики.

	Набрати на шпатель мазь і нанести на уражену ділянку шкіри (в напрямку росту волосся).	Забезпечується безболісне нанесення лікарського засобу.
	Розмастити тонким шаром повільно в напрямку росту волосся (можна рекомендувати пацієнту вправлятися самостійно розмащувати).	Забезпечується повне покриття шкіри лікарським засобом.
	<u>При накладанні пасти:</u> взяти пасту на шпатель і рівномірно тонким шаром змастити уражену ділянку шкіри або на марлеву серветку нанести шпателем тонкий, рівномірний шар пасти, прикласти до ураженої ділянки так, щоб паста прилягла до шкіри, зафіксувати бинтом.	Забезпечується щільне прилягання препарату до поверхні шкіри.
Завершальний етап	Повідомити пацієнту про частоту та кратність нанесення мазі, пасти, тривалість перебування препарату на шкірі.	Забезпечується право пацієнта на інформацію.
	Протерти шпатель спиртом.	Дотримується інфекційна безпека.
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	
	Задokumentувати факт і час накладання мазі, пасти в листок призначень або іншу медичну документацію	Забезпечується документування виконання процедури.

18. Техніка взяття патологічного матеріалу для діагностики гонореї у чоловіків.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: спеціальні разові урогенітальні зонди, ложка Фолькмана, нестерильні медичні рукавички, чисті предметні скельця, маркер по склу.

Показання: інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Протипоказання: стриктури уретри.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки.	Дотримуються інфекційна безпека.

Основний	Підготувати направлення в лабораторію. Одягнути медичну маску і рукавички. Підготувати і промаркувати предметне скельце. Відкрити упаковку і дістати разовий урогенітальний зонд. <i>Примітка:</i> Процедура взяття мазка може спричинювати чоловікові незначний дискомфорт, але це пов'язано з особливостями анатомічної будови чоловічих статевих органів.	Забезпечується достовірність результату.
	В положенні стоячи запропонувати пацієнту оголити головку статевого члена і двома пальцями розвести губки уретри. Ввести зонд в сечовипускний канал приблизно на 2-3 см.  Кількома обертальними рухами зондом зробити забір виділень або зішкріб слизової.	Виключається значний дискомфорт, пов'язаний із використанням зонда чи ложки Фолькмана.
	Забраний матеріал перенести на підготовлене предметне скло,  підсушити і відправити в клінічну лабораторію для мікроскопічного дослідження на гонококи.	Забезпечується достовірність результату.
	Використані одноразові медичні рукавички та разовий урогенітальний зонд утилізувати.	Дотримується інфекційна безпека.
	Запитати пацієнта про самопочуття.	Забезпечується право на інформацію.
Завершальний етап	Вимити і висушити руки	Дотримується інфекційна безпека.
	Заповнити бланк направлення в лабораторію і зробити запис в карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.	Забезпечується документування забору лабораторного матеріалу.

19. Техніка взяття патологічного матеріалу для діагностики гонореї у жінок.

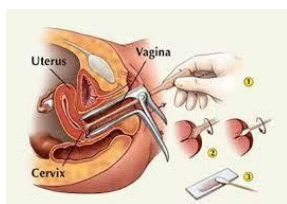
Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: гінекологічне крісло, гінекологічний комплект для огляду жінки (разова підкладна, одноразове дзеркало, разові урогенітальні зонди), стерильні медичні рукавички, чисті предметні скельця, маркер по склу.

Показання: Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Протипоказання: стриктури уретри.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Попросити пацієнтку зручно лягти на гінекологічне крісло, зігнувши ноги в колінах.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Вимити і висушити руки.	Дотримуються інфекційна безпека.
Основний	Підготувати направлення в лабораторію. Одягнути медичну маску і рукавички. Підготувати і промаркувати предметне скельце, (умовно розділити на 3 частини, нанести букви U, V, C). Відкрити стерильну упаковку комплекту для огляду жінки і дістати підкладну, дзеркало, урогенітальні зонди. <i>Примітка:</i> Здавати мазок на гонорею краще на 2–3 день після місячних, оскільки саме в цей період вірогідність виявлення гонококів максимальна.	Забезпечується достовірність результату.
	Ввести гінекологічне дзеркало, не спричинюючи дискомфорту, вивести шийку матки та зафіксувати дзеркало. За допомогою разових інструментів взяти мазок на гонорею послідовно з трьох точок слизової сечостатевих органів (шийки матки, поверхні бічних стінок піхви, уретри).	Забезпечується дотримання методики забору матеріалу.



	Забраний матеріал перенести на підготовлене предметне скло, підсушити і відправити в клінічну лабораторію для мікроскопічного дослідження на гонококи.	Забезпечується достовірність результату.
	Використані одноразові медичні матеріали для урогенітального обстеження жінки утилізувати.	Дотримується інфекційна безпека.
	Запитати пацієнтку про самопочуття.	Забезпечується право на інформацію.
Завершальний етап	Вимити і висушити руки.	Дотримується інфекційна безпека.
	Заповнити бланк направлення в лабораторію і зробити запис в карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.	Забезпечується документування забору лабораторного матеріалу.

20. Тактика медичної сестри при виявленні хворого на коросту.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: препарат для обробки шкіри (20% емульсія бензилбензоату, 33% сірчана мазь, 4% перметринова мазь), дезінфікуючі розчини, мішок для одягу, медичні рукавички, медична маска, халат для персоналу, душова кабіна, мило, рушник, медична документація, ручка.

Показання: підтверджений клінічними даними та позитивними результатами лабораторного дослідження діагноз корости.

Протипоказання: підвищена чутливість до активних компонентів протипаразитарних засобів.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури.
	Попросити пацієнта прийняти теплий душ, вимити тіло милом; одяг скласти в цератовий мішок.	Забезпечення ефективності проведення процедури. Забезпечення безпечного інфекційного середовища.

	Одягнути додатковий халат, шапочку, медичну маску і рукавички.	Забезпечення індивідуальної безпеки.
Основний	Попросити пацієнта встати. Взяти невелику кількість протипаразитарного засобу і поступово ретельно втерти в шкіру обох верхніх кінцівок, починаючи з міжпальцевих складок і пальців. Взяти додаткову кількість засобу і втерти в шкіру тулуба і ніг, включаючи підшви і пальці.	Забезпечується акарицидна дія на шкіру.
	Наголосити пацієнту про уникнення контакту з водою протягом 24 год. Після миття рук, обов'язково повторно нанести засіб на кисті.	Забезпечується достовірність результату лікування.
	Попросити пацієнта одягнути чисту натільну білизну.	Забезпечується необхідна умова ефективного проведення процедури.
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Дозволити йому вдягнутися і відпустити в палату.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Повторити протипаразитарну обробку шкіри згідно інструкції щодо засобу.	Забезпечується необхідна умова ефективного проведення процедури.
	На наступний день після останнього нанесення засобу, попросити пацієнта прийняти теплий душ, вимити тіло з милом, не розтираючи. Попросити змінити постільну і натільну білизну.	Забезпечується достовірність результату та профілактика повторного зараження.
	ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КОРОСТИ У ДІТЕЙ: -Обов'язково втирати препарат у всі ділянки шкіри, навіть у ділянці обличчя та волоссяної частини голови (у дітей до 5 років); -Щоб уникнути попадання препарату в очі, маленьким дітям одягають сорочечку із зашитими рукавами або рукавички, можна наносити препарат під час сну дитини.	

Завершальний етап	Халат, хустинку, маску і одяг пацієнта скласти в цератовий мішок і відправити у дезінфекційну камеру.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища
	Використаний інструмент занурити у 70 % розчин етилового спирту на 45 хв. Промити проточною водою і висушити.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища.
	Приміщення обробити одним із дезінфекційних розчинів.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища.
	На титульному листку медичної картки стаціонарного хворого (Ф. 003\о) зробити позначку —“S” (scabies), дата проведення санітарного оброблення і підпис медичної сестри.	Забезпечення правдивості інформації про пацієнта.
	Заповнити «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання» (Ф.58\о). Відправити повідомлення у санітарну протиепідемічну станцію за місцем проживання пацієнта.	Забезпечення правдивості інформації про пацієнта.

21. Тактика медичної сестри при виявленні хворого на педикульоз.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: ножиці, бритва одноразова, машинка для підстригання волосся, густий гребінець, препарат для обробки (шампунь, лосьйон чи аерозоль з 0,5-1% перметрином, 20% емульсія бензилбензоату), церата, хустинка бавовняна і поліетиленова, мішок для одягу, медичні рукавички, медична маска, халат для персоналу, настільна лампа, посуд із 0,2% розчином дезактіну або 0,2% розчином хлорантоїну, ємності для дезінфекції, медична документація, ручка.

Показання: педикульоз волосистої ділянки голови.

Протипоказання: підвищена чутливість до активних компонентів протипедикульозного засобу.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення.	Забезпечується можливість проведення процедури
	Одягнути додатковий халат, шапочку. Вдягнути медичні маску та рукавички.	Забезпечення індивідуальної безпеки.

	Застелити цератою тапчан або крісло і підлогу. Посадити пацієнта. Накрити тулуб поліетиленовою цератою.	Дотримується інфекційна безпека.
Основний	Довге волосся підстригти. Дітям і чоловікам можна поголити голову за допомогою машинки для підстригання волосся.	Забезпечення ефективності проведення процедури.
	Обробити волосся одним із протипедикульозних препаратів.	Забезпечується протипаразитарна терапія.
	При необхідності (якщо передбачено інструкцією протипаразитарного засобу), покрити волосся бавовняною, а потім поліетиленовою хустинкою, залишити на 30хв.	Забезпечується умова ефективного проведення процедури.
	Промити волосся теплою водою.	Забезпечується видалення засобу з волосся та шкіри голови. Запобігається подразненню шкіри пацієнта.
	Прополоскати волосся теплим 6% розчином оцту.	Забезпечується полегшення вичісування гнид.
	Вичесати волосся густим гребінцем над цератою протягом 10—15 хв.	Забезпечується ефективність вичісування гнид.
	<u>У випадку платяного педикульозу:</u> обробити все тіло протипаразитарним засобом згідно інструкції. <u>При встановленні діагнозу лобкового педикульозу:</u> лобкову ділянку поголити одноразовою бритвою. Шкіру обробити протипаразитарним засобом згідно інструкції.	
	Через 10 днів повторно оглянути пацієнта та провести протипедикульозну обробку.	Забезпечується достовірність результату.
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Дозволити йому вдягнутися і відпустити в палату.	Дотримується право пацієнта на інформацію.

Завершальний етап	Халат, хустинку, маску і одяг пацієнта скласти в цератовий мішок і відправити у дезінфекційну камеру.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища
	Волосся зібрати у спеціальне відро, спалити або залити окропом.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища
	Використаний інструмент занурити у 70 % розчин етилового спирту на 45 хв. Промити проточною водою і висушити.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища.
	Приміщення обробити одним із дезінфекційних розчинів.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища
	На титульному листку медичної картки стаціонарного хворого (Ф. 003\о) зробити позначку —Педикульоз (головний, платтяний, лобковий), дата проведення санітарного оброблення і підпис медичної сестри.	Забезпечення правдивості інформації про пацієнта
	Заповнити «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання» (Ф.58\о). Відправити повідомлення у санітарну протиепідемічну станцію за місцем проживання пацієнта.	Забезпечення правдивості інформації про пацієнта.

22. Тактика медичної сестри при поступленні в стаціонарне відділення хворого з грибковим ураженням шкіри чи її придатків.

Місце проведення: медичні заклади.

Оснащення: лампа Вуда, 3% розчин йоду для обробки ураженої ділянки, антисептик, станок для бриття, мішок для одягу, медичні рукавички, маска, халат для персоналу, медична документація, ручка.

Показання: грибкові захворювання шкіри.

Протипоказання: відсутні.

Етапи виконання	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий	Пояснити пацієнту (батькам дитини) мету та хід процедури.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.	Дотримуються права пацієнта.
	Підготувати необхідне оснащення. Попросити пацієнта роздягнутися, скласти одяг в цератовий мішок.	Забезпечується можливість проведення процедури.

	Вимити і висушити руки. Вдягнути медичні рукавиці та маску.	Дотримується інфекційна безпека.
Основний	Визначити місце проведення маніпуляції.	Забезпечується достовірність результату.
	Продезінфікувати шкіру довкола вогнища. При потребі, звільнити місце ураження від кірок, гною.	Дотримується інфекційна безпека.
	Провести епіляцію ураженого волосся та пушкового волосся по периферії вогнища, використовуючи пінцет.	Забезпечується профілактика поширення мікозу.
	Протерти ділянку антисептиком і просушити марлевими тампонами.	Дотримується інфекційна безпека.
	За допомогою лампи Вуда провести обстеження волосяних покривів та ділянок здорової шкіри для виявлення невидимих вогнищ ураження грибком.	Забезпечується достовірність результату.
	Нанести протигрибкову мазь, пасту чи розчин згідно інструкції та призначень лікуючого лікаря при різних мікотичних ураженнях шкіри.	Забезпечується дотримання терапевтичної тактики.
	У випадку оніхомікозів – здійснити забір нігтьового матеріалу для лабораторного дослідження та обробити нігті протигрибковими засобами.	
	Повідомити пацієнта про завершення процедури. Дозволити йому одягнутися в чистий одяг. Відпустити в палату.	Дотримується право пацієнта на інформацію.
Завершальний етап	Використані інструменти та матеріали помістити в ємкості для дезінфекції.	Забезпечення безпечного інфекційного середовища.

	Мішок з одягом пацієнта відправити у дезінфекційну камеру.	Дотримання інфекційної безпеки.
	Приміщення обробити одним із дезінфікуючих розчинів.	
	Зняти рукавички, вимити і висушити руки.	
	Внести інформацію про проведені маніпуляції в медичну документацію.	Забезпечується документування виконання процедур.

ІХ. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в стоматології»

1. Передстерилізаційне очищення інструментарію медичного призначення в стоматології

Оснащення: інструментарій медичного призначення в стоматології, розчин, що містить перекис водню і мийний засіб, гумові рукавички, маска.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: підготовка інструментарію медичного призначення в стоматології до стерилізації.

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати необхідне оснащення. Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички	Забезпечує швидке і ефективне проведення процедури.
Основний етап	<i>Передстерилізаційне очищення стоматологічного інструментарію ручним способом із застосуванням замочування в мийному розчині</i> замочити в мийному розчині за умови повного занурення виробу при застосуванні дезінфекційного засобу: - розчин, що містить перекис водню і мийний засіб 0,5%-50,0 ⁰ -15хв. - натрій двовуглекислий 3,0%-18,0 ⁰ -15хв. миття кожного виробу провести в тому самому розчині, у якому проводили замочування, за допомогою йоржа, ватно-марлевого тампона або тканинної серветки, каналів – за допомогою шприца; провести обполіскування проточною водою; провести обполіскування дистильованою водою; просушити гарячим повітрям.	Забезпечується послідовність виконання процедури.

Завершальний етап	Заповнити «Журнал обліку проведення передстерилізаційного очищення медичного інструментарію». Якість ПСО оцінити шляхом постановки азопірамової проби на наявність залишку крові та фенолфталеїнової проби на наявність залишку лужних компонентів мийних засобів (лише у випадках застосування засобів, робочі розчини яких мають рН понад 8,5). Обробити руки.	Забезпечується інфекційна безпека.

2. Дезінфекція в стоматології

Оснащення: ультразвукові ванночки, інструментарій медичного призначення в стоматології, антисептик, маска, гумові рукавички.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: знищення всіх видів мікробної флори, в тому числі спор та вірусів.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички. Посортувати інструментарій на багаторазовий та одноразовий.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної).
Основний етап	Дезінфекцію багаторазового інструментарію виконують вручну, або використовують спеціальне обладнання (ультразвукові ванночки). Необхідно скласти інструментарій в спеціальний контейнер заповнений дезінфікуючою речовиною (для високого рівня – використовують хімічні речовини такі як глутаральдегід, перекис водню та оцтова кислота; середнього рівня – використовують хімічні речовини такі як спирт або йодофори; для низького рівня – використовують хімічні речовини такі як четвертинні амонієві сполуки). Для кращого очищення від слини, крові та інших біологічних рідин та речовин використовують ультразвукові ванночки.	Забезпечується послідовність виконання процедури.
Завершальний етап	Добре промити під проточною водою інструментарій не менше 4-5 хвилин.	



3. Укладання інструментарію медичного призначення в стоматології в бiкс для проведення парового методу стерилізації (в автоклавах)

Оснащення: бiкс, 70%-вий спирт, пеленки, простирадла, стоматологічний інструментарій, перев'язувальний матеріал, одноразові пакувальні матеріали, індикатори, мішок для транспортування, антисептик для рук.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: підготовка інструментарію медичного призначення в стоматології до стерилізації.

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати необхідне оснащення. Провести гігієнічну обробку рук.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т. ч. протиепідемічної).
Основний етап	Обробити внутрішню поверхню бiкса 70%-вий розчином спирту або іншим деінфікуючим розчином. Дно бiкса вистелити пеленкою так, щоб пізніше можна було накрити вміст бiкса її кінцями. Запакувати інструментальні набори у простирадло, в мішок для транспортування або інші пакувальні матеріали. Запакувати вироби медичного призначення зі скла і гуми в одноразові пакувальні матеріали. Покласти у бiкс стоматологічний інструментарій та перев'язувальний матеріал, вату, тощо. Розмістити у бiксі п'ять індикаторів: чотири на внутрішньому боці стінок бiксу, останній – у центрі. Прикріпити ярлик, на якому зазначено вид матеріалу і відділення, для якого проводиться стерилізація виробів медичного призначення, до кришки бiкса. Герметично закрити кришку бiкса. Пересунути металічний поясок і цим самим відчинити вікна на стінках бiкса, які після стерилізації необхідно закрити. Провести стерилізацію у парових стерилізаторах (автоклавах).	Забезпечує ефективне проведення процедури.



Завершальний етап	Після стерилізації поставити дату, власний підпис на ярлику. Заповнити документацію.	

4. Стерилізація в стоматології

Оснащення: сухожарова шафа, інструментарій медичного призначення в стоматології, антисептик, маска, гумові рукавички.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: розірвати ланцюг потенційно небезпечного перехресного зараження між пацієнтами, шляхом знищення мікроорганізмів, в тому числі спор.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички. Сухі інструменти перед процедурою кладуть в спеціальні пакети або ж не запакованими розкладають не щільно на металевій таці, яку потім ставлять на поличку сухожарової шафи.	Стерилізація є важливим процесом знезараження багато разових стоматологічних інструментів, забруднених слиною, кров'ю або іншими біологічними рідинами.
Основний етап	В сухожарових шафах проводиться стерилізація при температурі 160-250°C і триває близько 1-2,5 години (в інфрачервоних шафах 30 хвилин). Потрібно зберігати вільні проміжки між інструментами для безперешкодного руху повітря всередині шафи. Три режими стерилізації у сухожарових шафах: 200°C - 30хв 180°C - 60хв 160°C - 150хв 	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

		
Завершальний етап	Виключити прилад. Інструменти які були стерилізовані у пакетах, можуть зберігатися ще 3 дні. Заповнити документацію.	

5. Перевірка якості передстерилізаційного очищення стоматологічного інструментарію

Оснащення: набір реактивів, 95% етиловий спирт, мило, рукавички.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: перевірка якості очищення інструментарію.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Провести миття рук з милом. Одіти рукавички. Взяти набір реактивів.	Забезпечується виконання правил безпеки.
Основний етап	<i>1. Приготувати розчин азопірама:</i> - вміст флакону з амідопірином та флакону з гідрохлоридом аніліну змішати у сухій посудині та залити 95% етиловим спиртом до об'єму 50 мл; - суміш добре перемішати до повного розчинення реактивів (розчин азопірама зберігати у щільно закритому флаконі в холодильнику до двох місяців, а при кімнатній температурі не більше одного місяця); - для перевірки якості очищення виробів розчин азопіриму змішують у рівних об'ємах з 3% розчином перекису водню (робочий розчин використовують на протязі 1-2 год після приготування); - обробити розчином досліджуючі вироби шляхом протирання тампоном змоченим у робочий розчин або нанесення піпеткою декілька крапель робочого розчину на інструменти які перевіряють. Якщо присутні сліди крові, то на протязі однієї хвилини з'явиться фіолетове забарвлення, що буде переходити у рожево бузкове.	Забезпечується послідовність виконання процедури.

	При наявності іржі чи хлору з'являтиметься бурувате забарвлення. Забарвлення, що з'явилося пізніше двох хвилин після обробки медичних виробів не враховується.   2. Приготування розчину фенолфталеїну: - у сухій скляній посудині акуратно змішати розчин фенолфталеїну з флакону з 95% етиловим спиртом до необхідної позначку. Суміш перемішують скляною паличкою до повного розчинення всіх компонентів. На контрольний набір інструментів наносять 2-3 краплі робочого розчину або протирають його тампоном, змоченому у розчин. Для перевірки голок, катетерів та інших порожнистих виробів робочий розчин наливають у кількості, достатній для повного замочування внутрішньої поверхні виробів. Проба є позитивною (наявність залишків лугів миючих засобів) якщо після обробки з'являється рожеве забарвлення.	
Завершальний етап	Зняти рукавички (помістити в ємність категорії В). Провести гігієнічне миття рук. Заповнити «Журнал реєстрації проведення проб стоматологічного інструментарію».	

6. Дезінфекція повітря в стоматологічному кабінеті

Оснащення: бактерицидна лампа, антисептик, маска, гумові рукавички.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: знезараження повітря від мікробної контамінації (забруднення) у стоматологічних кабінетах.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички. Встановлення екранованого бактерицидного опромінювача у кабінеті на висоті 1,8-2,0 метра від підлоги (із розрахунку 1 Вт на 1 м ³ об'єму приміщення)	Дезінфекція і знезараження повітря та поверхонь в кабінеті.
Основний етап	1- увімкнути екранний; бактерицидний випромінювач 2 - увімкнути вентиляцію. Час роботи опромінювача складає 30хв. перед початком роботи і після закінчення зміни. Сучасні засоби дезінфекції повітря проводимо за допомогою розпилення дрібнодисперсного аерозолу та газового насичення дезінфекційними засобами.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Завершальний етап	Виключити опромінювач. Заходити до приміщення за 15хв. після вимкнення бактерицидної лампи.	



7. Підготовка робочого місця до прийому хворих у стоматологічному кабінеті

Оснащення: дезінфекційний розчин (аерозоль), ганчірка, бікс зі стерильними простирадлами, інструментарієм, перев'язувальним матеріалом та ватою, гумові рукавички, маска, окуляри, антисептик для рук, корнцанги або затискачі.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: підготовка робочого місця лікаря-стоматолога.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Підготувати необхідне оснащення: бікс зі стерильними простирадлами та інструментарієм, перев'язувальним матеріалом, ватою; антисептик для рук. Перевірити технічний стан стоматологічного обладнання. Вимити руки, надіти маску, обробити руки антисептиком.	Забезпечує ефективне проведення стоматологічних процедур. Забезпечується виконання правил безпеки (в т. ч. протиепідемічної)
Основний етап	відкрити бікс та перевірити показники індикатора; дістати з біксу стерильні простирадла; за допомогою корнцангів покрити стіл стерильними простирадлами (4 шари). Нижнє простирадло розстелити так, щоб воно звисало на 20 см нижче панелі столу; дістати з біксу стерильний інструментарій. розкласти інструменти на столі в тій послідовності, в якій вони знадобляться при виконанні медичних маніпуляцій; дістати з біксу перев'язувальний матеріал, вату (кульки, валики, тампони) та покласти їх на стерильний стіл; покрити стерильний інструментально-матеріальний стіл великим стерильним пролстирадлом, складеним удвоє, яке має повністю закривати все, що лежить на столі; щільно закріпити верхнє простирадло ззаду і з боків затискачами для білизни з нижнім простирадлом; на бирці зазначити дату та час накриття столу (стіл для зберігання стерильних медичних інструментів накривають на 6 годин; для початку роботи підняти передню половину простирадла, беручись корцангами або затискачами і покласти простирадло на дальню частину столу. 	Забезпечується послідовність виконання процедури.

		
Завершальний етап	Після кожного пацієнта підголовник, спинку і сидіння крісла протерти ганчір'ям, змоченим дезінфекційним розчином.  Провести гігієнічну обробку рук.	

8. Догляд за стоматологічними наконечниками

Оснащення: турбінний (кутовий, прямий) наконечник, ендодонтитичний наконечник, масло-очисник, олія або мастило (спрей).

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: очищення і дезінфекція – після прийому кожного пацієнта; змащування мастилом (спреєм) – після прийому 4-5 пацієнтів терапевтичного профілю і кожного разу після ортопедичного прийому.

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати засоби для очищення наконечника: масло-очисник та олія. Одягнути рукавички та окуляри.	Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	очищення поверхні наконечника проводиться шляхом протирання серветкою, змоченою у воді або спеціальної рідини, що очищає; після очищення необхідно витерти насухо наконечник; вставити бор у наконечник та внести масло-очисник у маленький отвір наконечника шляхом 2-3 секундного забризкування; обертати бор між пальцями для якісного розподілу засобу для чищення; приєднати наконечник до установки, направити наконечник на білу серветку (бор не витягувати) і натиснути на педаль, щоб увімкнути наконечник: утримати наконечник увімкненим доти, доки з нього не перестане виходити очищувач; витягнути бор, протерти головку наконечника вологою серветкою, щоб прибрати залишки очисника; витягнути бор із наконечника; внести 2-3 краплі олії або аерозольне мастило (спрей) під тиском протягом 2-3 секунд всередину цанги (отвір, з якого витягли бор); натиснути та відпустити кнопку наконечника (на головці наконечника), щоб досягти якісного мастила та очищення механізму кнопки; повторити 5-6 р.; Стерилізація: в автоклаві (типу «В») можна завантажувати наконечник в боксах, крафт-пакетах	Забезпечується їх тривала робота

	з клапанами, комбінованих пакетах із синтетичної плівки, паперу та коробках із фільтром.	
Завершальний етап	Заповнити «Журнал очищення та дезінфекції наконечників». Перед початком роботи наконечник «продувається»: на 15-20 сек. вмикається поза порожниною рота пацієнта.	

9. Гігієнічна обробка рук милом

Оснащення: мило, рушник одноразового використання.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: до та після контакту із пацієнтом.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Коротко підстрижені нігті (до 0.5 см). Відсутність лаку на нігтях. Зняти каблучки, кільця або інші ювелірні прикраси, годинник.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної).
Основний етап	Відкрити кран з водою. Намочити руки водою. Нанести мило на всю поверхню рук. Потерти руки долоня об долоню. Потерти правою долонею по тильній поверхні лівої руки з переплітанням пальців і навпаки. Потерти руки долоня об долоню із переплітанням пальців. Ретельно вимити великі пальці кожної руки. Потерти долоні пальцями в круговому напрямку. Змити мило з рук водою. Витерти руки рушником. одноразового використання. Вимкнути кран. Викинути рушник у сміття.	Забезпечується послідовність виконання процедури.
Завершальний етап	Зробити відповідний запис у медичній документації.	



10. Гігієнічна обробка рук спиртовмісним антисептиком

Оснащення: диспенсер з антисептиком.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: до та після контакту із пацієнтом.

Протипоказання: підвищена чутливість до антисептика спиртовмісного.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Приготувати антисептик спиртовмісний; нігті мають бути натуральні, не нафарбовані, короткі; зняти обручки, прикраси, годинник на руках. Кількість антисептика для рук має складати не менше 3 мл; тривалість гігієнічної обробки рук – 30 секунд.	Забезпечується ефективне виконання процедури.
Основний етап	1 етап нанесіть антисептик на поверхню рук 2 етап потріть руки долоня об долоню 3 етап потріть правою долонею по поверхні лівої руки з переплетінням пальців і навпаки 4 етап потріть руки долоня об долоню із переплетінням пальців 5 етап зчепіть пальці та потріть їх 6 етап ретельно обробіть великі пальці кожної руки 7 етап потріть долоні пальцями в круговому напрямку ГІГІЄНІЧНА ОБРОБКА РУК СПИРТОВМІСНИМ АНТИСЕПТИКОМ  ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	Забезпечується послідовність виконання процедури.
Завершальний етап	Зробити відповідний запис у медичній документації.	

11. Подання стоматологічного інструменту для огляду пацієнта

Оснащення: лоток, оглядове дзеркало, зонд, пінцет, антисептик, маска, гумові рукавички.

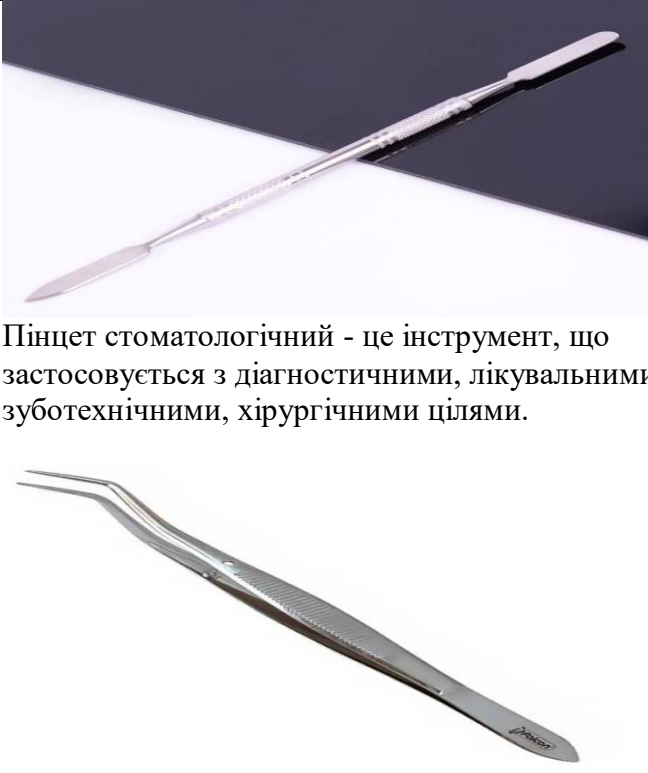
Місце проведення: клінічний зал.

Показання: для діагностики та лікування стоматологічного хворого.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Одіти рукавички (провести гігієнічну антисептику рук), взяти лоток, пінцет.	Забезпечується інфекційна безпека.

Основний етап	Зі стерильної шафи пінцетом дістати оглядовий набір, який включає: зонд, дзеркало, пінцет, гладилку, ескаватор. При необхідності докомплектувати набір в залежності від потреби стоматолога (пульпекстрактор, К-файл, Н-файл, каналонаповнювач, гумові чашечки, штрипси, гладилки, зонди та ендодонтичні ультразвукові насадки та інше).  Стоматологічне дзеркало - це оглядовий інструмент, який дозволяє контролювати будь-яку ділянку ротової порожнини.  Зонд стоматологічний - інструмент, який використовується для дослідження стану зубів, ясен і тканин порожнини рота.  Стоматологічний шпатель - це інструмент для замішування бінарних стоматологічних матеріалів, таких як цемента (порошок-рідина) та композити хімічного затвердіння (паста-паста).	Забезпечується послідовність виконання процедури

	 Пінцет стоматологічний - це інструмент, що застосовується з діагностичними, лікувальними, зуботехнічними, хірургічними цілями.	
Завершальний етап	Забрати лоток з використаним інструментарієм для подальшої обробки.	

12. Догляд за ротовою порожниною пацієнта

Оснащення: лотки, ватні або марлеві тампони, антисептичний розчин, шпатель, роторозширювач, корнцанг, обліпихова олія, гумові рукавички, маска.

Місце проведення: хірургічний кабінет.

Показання: догляд за ротовою порожниною пацієнта після стоматологічного втручання.

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати необхідне оснащення. Пояснити пацієнту хід процедури й отримати згоду на її проведення. Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички.	Забезпечує швидке і ефективне проведення процедури. Забезпечується виконання правил безпеки (в т. ч. протиепідемічної)
Основний етап	<i>Догляд за ротовою порожниною пацієнта, який може виконати процедуру з допомогою медичного працівника:</i> допомогти пацієнту зайняти положення напівсидячи; допомогти пацієнту вимити руки; грудну клітку пацієнта накрити пеленкою; поставити роторозширювач; подати йому лоток із ватними чи марлевими тампонами та одним із розчинів для обробки ротової порожнини;	

	тримати нестерильний лоток (для збирання використаних тампонів і розчину) біля підборіддя пацієнта; запропонувати пацієнту самому протирати собі зуби, ясна, язик зволоженими тампонами і прополоскати ротову порожнину; за призначенням лікаря обробити слизову оболонку обліпиховою олією.	
Завершальний етап	Занурити використані корнцанг, шпатель, роторозширювач, лотки, тампони та серветки в дезінфекційний розчин. Запитати пацієнта про його самопочуття. Надати рекомендації. Обробити руки.	Попередження виникнення ускладнень.

13. Навчання пацієнтів особистій гігієні порожнини рота

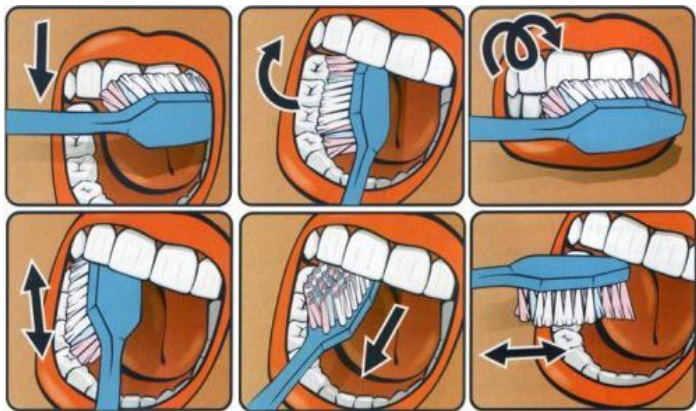
Оснащення: засоби догляду за порожниною рота (зубна паста, зубна щітка, флосс), стоматологічна модель з зубами.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: профілактика основних стоматологічних хвороб.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Надати пацієнту інформацію про важливість індивідуального чищення зубів та навчити як правильно це робити. Підготувати необхідні засоби догляду за порожниною рота.	Право на отримання інформації. Заохочення пацієнта до співпраці
Основний етап	<i>Демонстрація техніки чищення зубів на стоматологічній моделі з зубами</i>  Взяти в руки щітку й добре промити її теплою водою. Нанести пасту розміром з горошину.	Забезпечується послідовність виконання процедури.

	Тримаючи щітку під кутом 45 градусів рухами, ніби вимітаємо, зверху вниз очистити верхні зуби. Починаємо з останніх і поступово рухаємося до передніх. Тут може виникнути складність з тим, як чистити зуби з внутрішньої сторони. Техніка така ж — вертикальні рухи, що вимітають зсередини назовні. Жувальну поверхню очищаємо горизонтальними рухами. Закінчивши з верхньою щелепою, переходимо до нижньої. Повторюємо процедуру, тільки рухи йдуть тепер від низу до верху. Ополіскуємо щітку теплою водою. Наголошуємо на необхідності очищення язика від наліту, очищенні міжзубних проміжків за допомогою йоржиків, флосса або іригатора.	
		
Завершальний етап	Підібрати пацієнтові індивідуальний гігієнічний режим.	Забезпечує профілактику основних стоматологічних хвороб.

14. Робота з пародонтологічним хворим щодо надання рекомендацій по догляду за ротовою порожниною

Оснащення: інструменти по догляду за ротовою порожниною в домашніх умовах, стенди, плакати.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: профілактика захворювань тканин пародонта.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготувати необхідне оснащення. Надати пацієнту інформацію про важливість догляду за ротовою порожниною та навчити як правильно це робити. Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички.	Право на отримання інформації. Заохочення пацієнта до співпраці.

Основний етап	Демонстрація препаратів, інструментів по догляду за ротовою порожниною в домашніх умовах та надання рекомендацій. Зранку: - содо-сольові полоскання (1/2 чайної ложки солі на 1 склянку теплої кип'яченої води); - чищення зубів зубними пастами з антибактеріальними властивостями або протизапальними властивостями; - ротові ванночки з відварами трав; - очищення поверхні язика від м'якого нальоту. Після сніданку: - гігієна ротової порожнини із застосуванням флосів, інтрадентальних зубних щіток (йоршиків), іригатора з розчином антисептика (0,05% розчин хлоргексидину, розчин ефірних масел - Лістерин).   Протягом дня: - після кожного прийому їжі порожнину рота обполіскувати водою, чаєм (не солодким). Ввечері, після останнього прийому їжі: - чищення зубів з використанням протизапальної зубної пасти; - ротові ванночки з ополіскувачами, які мають у своєму складі антибактеріальні інгредієнти (Лістерин, Гівалекс, Тандум-Верде) протягом однієї - двох хвилин;	Забезпечується послідовність виконання процедури.

	- нанесення мазі (Метрогіл-Дент, Холісал) на поверхню ясен тривалістю до десяти хвилин.  МЕТРОГІЛ ДЕНТА Gel for gums 20 g ХОЛІСАЛ CHOLISAL гель для ротової порожнини 10 г (g) біларомашка аптека.здоров'я.краса	
Завершальний етап	Підібрати пацієнтові індивідуальний гігієнічний режим. Заповнити документацію.	Забезпечує профілактику захворювань тканин пародонту.

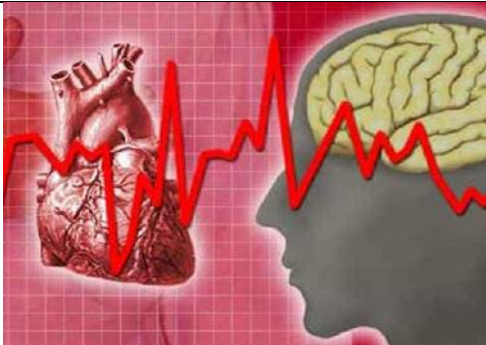
15. Надання допомоги при невідкладних станах: колапс

Оснащення: шафа для зберігання препаратів для надання допомоги при невідкладних станах, засоби для гігієнічної обробки рук, медична документація

Місце проведення: клінічний зал .

Показання: порушення загального стану пацієнта до та під час проведення стоматологічних маніпуляцій.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	З шафи, де зберігаються препарати для надання допомоги при невідкладних станах, відібрати ті, які необхідні при колапсі. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечує швидке і ефективне проведення процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	 Надати пацієнту горизонтальне положення, повернути голову на бік. Забезпечити доступ свіжого повітря.	

	Поліглюкін 400мл в/в крапельно. Мезатон 1%– 1мл в/в крапельно в 5% розчині глюкози – 200мл 20-60 крапель на хвилину. Преднізалон 90 – 120мг в/в або гідрокортизон 600 – 800мг в/в або дексаметазон 16 – 32мг в/в. Корглікон 0, 06% 0,5 – 1мл в/в. Кальцію хлорид 10% – 10мл в/в повільно в розведенні з 0,9% натрієм хлоридом.	
Завершальний етап	У разі стійкої гемодинамічної нестабільності викликати БШМД «103». Заповнити медичну документацію.	Попередження виникнення ускладнень.

16. Надання допомоги при невідкладних станах: непритомність

Оснащення: шафа для зберігання препаратів для надання допомоги при невідкладних станах, засоби для гігієнічної обробки рук, медична документація

Місце проведення: клінічний зал .

Показання: порушення загального стану пацієнта до та під час проведення стоматологічних маніпуляцій .

Протипоказання: не має

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	З шафи, де зберігаються препарати для надання допомоги при невідкладних станах, відібрати ті, які необхідні при непритомності. Провести гігієнічну антисептику рук.	Забезпечує швидке і ефективне проведення процедури. Забезпечується інфекційна безпека.
Основний етап	Надати пацієнту горизонтальне положення, послабити тугий комірць, пояс, забезпечити доступ свіжого повітря. Рефлекторно стимулювати дихальний і судиноруховий центри вдиханням парів 10% розчину нашатирного спирту, натерти ним скроні, провести точковий масаж рефлексогенних зон у точках жень-гжун (на 1/3 відстані між основою перегородки носа та червоної облямівки верхньої губи), чен-цзянь (у центрі підборідного заглиблення), хегу (на зовнішній поверхні кисті в ділянці кута, що утворюється між великим і вказівним пальцями). При затяжному перебігу непритомності ввести 1 мл п/шк – 10% розчину кофеїн-бензонат натрію. При відсутності ефекту в/м ввести 1 мл 1% розчину мезатону п/шк, а в разі брадикардії – 0,5 мл. 0,1% розчину атропіну сульфату п/шк.	

	1. Покласти постраждалу на спину. 2. Переконатися в наявності пульсу на сонній артерії. 3. Підняти ноги на 15-20 см. 4. Звільнити від тісного одягу. Послабити поясний ремінь. 5. Побризкати холодною водою на біологічно активні ділянки. 6. Піднести до носа ватку, змочену 3 краплями нашатирного спирту. 7. Дати гарячий чай або каву, 20-30 крапель настоянки валеріани.	
Завершальний етап	При виході з непритомного стану продовжити стоматологічні маніпуляції із вжиттям заходів профілактики рецидиву: лікування проводити в горизонтальному положенні з адекватною премедикацією і з достатньою анестезією. Заповнити медичну документацію.	Попередження виникнення ускладнень.

17. Порядок надання екстреної допомоги стоматологу при виконанні професійних обов'язків

Оснащення: 20% водний розчин хлоргексидину біглюконат, 3% перекис водню, фізіологічний розчин, маска, рукавички, антисептик.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: надання першої допомоги лікарю - стоматологу при виконанні професійних обов'язків.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Одіти рукавички(провести гігієнічну антисептику рук).	Забезпечується виконання правил безпеки
Основний етап	Перша допомога передбачає обробку місця контакту. 1. При пораненні голкою або іншим гострим предметом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини необхідно: - місце контакту промити водою з милом; - поранену поверхню тримати під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться (за відсутності проточної води ушкоджене місце обробити дезінфікуючим гелем	Забезпечується послідовність виконання процедури.

	або розчином для миття рук. Не можна при цьому допускати стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню.) 2. При потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на непошкоджену шкіру місце контакту промити великою кількістю води з милом. 3. При укусі з порушенням цілісності шкіри: - рану промити водою; - видалити некротизовані тканини; - обробити рану дезінфікуючим засобом (20% водний розчин хлоргексидину біглюконат, 3% перекис водню); - дати антибіотики. 3. При потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі: - промити водою або фізіологічним розчином (при цьому не можна промивати очі милом або дезінфікуючим розчином, знімання контактних лінз під час промивання очей); - зняти контактні лінзи та обробити. 4. При потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини: - рідина, що потрапили до ротової порожнини випльовується, а ротову порожнину декілька раз промивається водою або фізіологічним розчином (промивання ротової порожнини з використанням мала чи дезінфікуючих розчинів не допускається).	
Завершальний етап	Запитати лікаря-стоматолога про його самопочуття. Заповнити документацію.	Профілактика виникнення ускладнень.

18. Заповнення стоматологічної карти хворого

Оснащення: стоматологічна картка пацієнта, паспорт пацієнта.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: заповнення первинної облікової документації стоматологічного хворого форма № 043/о.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Стоматологічна картка пацієнта. Установити контакт з пацієнтом. Обговоріть проблему з якою звернувся пацієнт.	Дотримується право на інформацію.
Основний етап	в пункті 1 записуємо ПІП пацієнта; 2 пункт - стать пацієнта; пункт 3 - дата народження; пункт 4 - вписується місце проживання та телефон;	Забезпечується достовірність інформації.

	пункт 5 - вписується діагноз який встановив лікуючий лікар; пункт 6 - зі слів пацієнта (або його родичів) описуємо скарги пацієнта, які найбільш точно відображають стан пацієнта відносно стоматологічного захворювання; пункт 7 - записуються перенесені захворювання зі слів пацієнта, також необхідно вказати, чи перебуває пацієнт на диспансерному обліку та з приводу якого захворювання; у нижньому правому куті вписуємо чи є наявна алергія у пацієнта та на які чинники виникає.	
		
Завершальний етап	Дубляж карти в електронному форматі.	

19. Дезінфекція відходів в стоматології

Оснащення: ємкості з дезінфікуючими розчинами, безконтактні корзини для відходів, контейнери червоного, чорного та жовтого кольору, маска, гумові рукавички.

Місце проведення: клінічний зал.

Показання: збереження громадського здоров'я.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
	Обробити руки, надіти маску, гумові рукавички. Знання про поділ медичних відходів на категорії: - категорія А - епідемічно безпечні медичні відходи; - категорія В - епідемічно небезпечні медичні відходи; - категорія С - токсикологічно небезпечні медичні відходи; - категорія D - радіологічно небезпечні медичні відходи. Категорія В - це найбільша група медичних відходів, до яких включають будь-які відходи, які мали контакт із біологічними рідинами.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної).

Основний етап	Посортувати медичні відходи на специфічні (ватні кульки, марлеві серветки і т.п.), біологічні відходи (залишки крові, мокрота, слиз, блювотні маси і т.п.), тверді побутові відходи. Специфічні медичні відходи треба замочити(знезаразити) у контейнері із дезінфікуючим розчином. Для знезараження біологічних відходів - ми заливаємо їх робочим розчином дезінфікуючого засобу. Дана дезінфекція проводиться у закритих ємностях та спеціально відведеному приміщенні, яке обладнане механічною вентиляцією. Тверді побутові відходи в сучасних умовах зберігають використовуючи безконтактні корзини для сміття(що дозволяє не торкатися поверхні корзини, на якій можуть зберігатися хвороботворні мікроорганізми) та міцний непрозорий пластиковий одноразовий пакет. Відходи забруднені отруйними лікарськими (первинна упаковка отруйних і сильнодіючих лікарських засобів) та діагностичними засобами скласти у контейнер з кришками що щільно прилягають. Також обов'язково проводиться нейтралізація поверхонь робочого місця.	Забезпечується послідовність виконання процедури.
Завершальний етап	Нанести відповідні написи для маркування: - "Особливо небезпечно" або ємність червоного кольору; - "Органні відходи" або ємність чорного кольору; - "Небезпечно гострі предмети" або контейнер червоного кольору(стійкий до механічних пошкоджень); - "Особливо небезпечно" або ємність жовтого кольору(відходи категорії С). Зняти рукавички та провести гігієнічну антисептику рук.	

Х. Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в інфектології»

1. Заповнення первинної медичної документації на пацієнта з інфекційною патологією, який поступає на лікування у стаціонар.

Місце проведення: приймальне відділення інфекційного стаціонару.

Необхідне оснащення: крісло, ручка, стіл.

Показання: госпіталізація пацієнта, що поступає на лікування в інфекційний стаціонар.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Використовувати засоби індивідуального захисту. Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

Основний етап	ІНСТРУКЦІЯ щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № ____” 1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого № ____” (далі - форма № 003/о). 2. Форма № 003/о є основним медичним документом, що заповнюється на кожного хворого, який поступає на стаціонарне лікування. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, науково-дослідних інститутах, санаторіях. 3. Форма № 003/о містить всі дані щодо стану хворого протягом усього періоду перебування в стаціонарі, організації та проведення лікування, а також дані об’єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень. 4. Форма № 003/о ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо). 5. У пунктах 1-9 першої сторінки форми зазначаються: прізвище, ім’я, по батькові хворого, стать, вік, місце проживання згідно з паспортними даними (у разі якщо стаціонарним хворим є дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників), місце роботи, спеціальність або посада (для учнів, студентів - місце навчання; для дітей - найменування дитячого закладу), найменування закладу охорони здоров’я, яким хворого направлено до стаціонару, та показання до госпіталізації, діагноз закладу охорони здоров’я, який направив хворого. Зазначені пункти заповнюються медичним працівником у приймальному відділенні лікарні. 6. Інші записи у формі 003/о (пункти 10-20), включаючи і клінічний діагноз (пункт 10), заповнює лікуючий лікар. У квадратиках пунктів 2, 4, 7, 13, 16, 18 слід вписати необхідну цифру. 7. Лікарем приймального відділення заповнюється спеціально відведений листок “Запис лікаря приймального відділення”, де коротко вказуються дані анамнезу хвороби та життя, об’єктивний стан хворого, діагноз, лікування і результати обстеження. 8. У пункті 11 лікуючий лікар зазначає заключний клінічний діагноз, який складається із основного діагнозу, ускладнення основного діагнозу та супутніх захворювань. Основний заключний клінічний діагноз (пункт 11 цієї форми) кодується лікуючим лікарем, патолого-анатомічний - лікарем-патологоанатомом згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та	

	споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду. 9. Якщо хворому проведено хірургічне втручання, то на другій сторінці у пункті 12 форми вказуються назва операції та код згідно з класифікатором оперативних втручань, дата та тривалість операції, метод знеболення, прізвище, ім'я, по батькові хірурга, прізвище, ім'я, по батькові анестезіолога, ускладнення при оперативному втручанні, якщо такі мали місце. Докладний опис операції проводиться в щоденнику за відповідною датою та в обліковій формі № 008/о "Журнал запису оперативних втручань в стаціонарі", затвердженій цим наказом. 10. У пункті 13 вказуються інші види лікування для онкологічних хворих: спеціальне, паліативне, симптоматичне. 11. У пунктах 14-16 зазначаються дані щодо тимчасової непрацездатності. 12. У пункті 17 вказується висновок для хворих, які потребують проведення медико-соціальної експертизи. 13. У пункті 18 зазначається результат лікування хворого: виписаний з одужанням - 1, поліпшенням - 2, погіршенням - 3, без змін - 4, помер - 5, переведений в інший лікувальний заклад - 6, здоровий - 7. 14. У пункті 19 "особливі відмітки" зазначаються дата і час проведення за період стаціонарного лікування профілактичного огляду на наявність злоякісного новоутворення та профілактичного огляду на виявлення туберкульозу. 15. У пункті 20 зазначаються відмітки щодо страхування хворого: наявність та номер страхового поліса, найменування компанії-страхувальника. 16. Під таблицею на титульній сторінці цієї форми при виписці або смерті хворого зазначається кількість проведених ліжко-днів, при цьому: день госпіталізації і день виписки (смерті) рахується як один день. 17. У період перебування хворого в стаціонарі форма № 003/о зберігається у папці лікуючого лікаря. Лікар здійснює записи у щоденнику про стан здоров'я та лікування хворого з періодичністю від щогодинного до щотижневого періоду залежно від стану хворого та місця його перебування (палата інтенсивної терапії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, відділення хірургічного, терапевтичного, психіатричного профілю тощо). Записи повинні у повному обсязі відображати зміни стану хворого (погіршення, поліпшення, повне одужання) та увесь процес лікування чи реабілітації впродовж перебування в стаціонарі. У день виписки хворого зі стаціонару запис лікаря має бути максимально детальним. Щоденникові записи потрібно формулювати коротко і чітко, обов'язково зазначати	

	дату та час проведення огляду пацієнта. Щоденникові записи засвідчуються підписом лікуючого лікаря. 18. Призначення лікуючого лікаря записуються у щоденнику форми № 003/о та дублюються в листку лікарських призначень. Записи ведуться розбірливо, чітко, детально із зазначенням дати призначення препаратів або дати їх відміни та засвідчуються підписом лікуючого лікаря. 19. Результати огляду та консультацій хворого спеціалістами зазначаються у листку огляду та консультацій спеціалістами. 20. При виписці хворого лікуючий лікар складає виписний епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписці, обґрунтовує клінічний діагноз, вказує проведені обстеження та лікувальні заходи, аналізує їх ефективність, дає рекомендації щодо подальшого лікування і режиму хворого. 21. У разі смерті хворого патологоанатомом після розтину заповнюється виписка з протоколу (карти) патолого-анатомічного обстеження, який заповнюється на останній сторінці форми № 003/о; лікуючий лікар складає посмертний епікриз. 22. Виписний або посмертний епікриз засвідчується підписами лікуючого лікаря або патологоанатома та завідувача відділення. 23. У випадку смерті хворого після заповнення лікуючим лікарем чи патологоанатомом лікарського свідоцтва про смерть (форма первинної облікової документації № 106/о “Лікарське свідоцтво про смерть”, затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 08 серпня 2006 року № 545, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024) здійснюється запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть на останній сторінці цієї форми згідно з пунктом 11 лікарського свідоцтва про смерть, у якому вказуються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті, та інші патологічні стани, що сприяли смерті. 24. Форму № 003/о підписують лікуючий лікар та завідувач відділення. 25. На підставі даних форми № 003/о лікуючим лікарем заповнюється облікова форма № 066/о “Карта хворого, який вибув зі стаціонару”, затверджена цим наказом (далі - форма № 066/о), після чого медична карта передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров’я. 26. За наявності у хворого побічної дії лікарських засобів лікуючий лікар повинен обов’язково зазначити результат побічної дії в медичній карті як основний, супутній діагноз або ускладнення основного захворювання, а після виписки (смерті) хворого	

	зробити аналогічний запис у формі № 066/о з використанням подвійного кодування випадку. 27. У разі ведення форми № 003/о в електронному форматі вона повинна включати в себе всі дані, які містяться на затвердженому паперовому носії інформації. 28. Термін зберігання форми № 003/о - 25 років.	
Завершальний етап	Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

2. Оформлення і передавання Форми № 058/о “Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення”

Місце проведення: КІЗ, приймальне відділення інфекційного стаціонару, заповнюють відповідальні особи закладів та установ охорони здоров'я, незалежно від форми власності та підпорядкування, суб'єкти підприємницької діяльності, які займаються медичною практикою, медпрацівники виховних, навчальних, оздоровчих дитячих закладів і закладів системи соціального захисту.

Необхідне оснащення: крісло, ручка, стіл, медична документація.

Показання: інфекційне захворювання, харчове отруєння, гостре професійне отруєння, незвичайна реакція на щеплення.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	На кожний випадок підозри на наявність випадку інфекційної хвороби відповідно до <u>Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації</u>, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 липня 2020 року № 1726, зареєстрованому у Міністерстві юстиції України 30 грудня 2020 року за № 1333/35616, укусу, подряпання, ослинення тваринами, крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, заповнюється форма № 058/о, яка протягом 18 годин надсилається до центру контролю та профілактики хвороб МОЗ (далі - ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації хвороби. Форма № 058/о заповнюється і на інші випадки інфекційних хвороб, якщо такі віднесені до інфекцій, що можуть мати міжнародне значення та вимагають негайного реагування. Інформація про виявлення підозри на хвороби позначені (має бути передана до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці не пізніше ніж протягом 2 годин з часу виявлення, за допомогою засобів телефонного зв'язку, паперова копія передається (надсилається) протягом 18 год.	Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння заповнюють: 1) заклади охорони здоров'я (далі - ЗОЗ): незалежно від умов, за яких була виявлена інфекційна хвороба при зверненні в центри первинної медико-санітарної допомоги та їх підрозділи, при відвідуванні пацієнта лікарем загальної практики - сімейним лікарем (далі - сімейний лікар) вдома, профілактичному огляді; ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, за умови, коли діагноз інфекційної хвороби був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, коли пацієнт надійшов без направлення сімейного

		лікаря або діагноз інфекційної хвороби встановлено в соматичних відділеннях, відділеннях хірургічного профілю; 2) фізичні особи - підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики (далі - ФОП); 3) працівники інших медичних служб та підрозділи, закладів освіти, закладів оздоровлення та відпочинку, які в ході виконання своєї діяльності отримують інформацію про стан здоров'я особи; 4) установи судово-медичної експертизи.
Основний етап	✓ У верхньому лівому куті форми № 058/о вказується найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад, найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили форму № 058/о та ідентифікаційний код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ). ✓ У формі № 058/о обов'язково має бути вказана дата її заповнення. ✓ У пункті 1 зазначається найменування закладу охорони здоров'я, на адресу якого направляється форма № 058/о - до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці. ✓ У пункті 2 зазначаються прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта. ✓ У пункті 3 зазначаються число, місяць та рік народження пацієнта. ✓ У пункті 4 зазначається стать пацієнта. ✓ У пункті 5 зазначається місце проживання пацієнта. ✓ У пункті 6 зазначається номер контактного телефону пацієнта. ✓ У пункті 7 зазначається місце роботи (посада), навчання, виховання пацієнта, адреса.	Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння заповнюють: 1) заклади охорони здоров'я (далі - ЗОЗ): незалежно від умов, за яких була виявлена інфекційна хвороба при зверненні в центри первинної медико-санітарної допомоги та їх підрозділи, при відвідуванні пацієнта лікарем загальної практики - сімейним лікарем (далі - сімейний лікар) вдома, профілактичному огляді; ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, за умови, коли діагноз інфекційної хвороби був установлений при наданні стаціонарної медичної допомоги хворому, коли пацієнт надійшов без направлення сімейного

	✓ У пункті 8 зазначається діагноз та код відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. ✓ У пункті 9 зазначаються дати: початку хвороби, первинного звернення, останнього відвідування закладу освіти, роботи, смерті пацієнта. ✓ У пункті 10 зазначається факт госпіталізації пацієнта, дата та місце госпіталізації, найменування закладу охорони здоров'я його адреса. ✓ У пункті 11 зазначаються підстави для встановлення діагнозу: клінічно чи лабораторно (дата, метод та результати лабораторного обстеження, які проводилися з метою встановлення етіології хвороби чи харчового отруєння). ✓ У пункті 12 зазначаються основні симптоми хвороби, на основі яких було встановлено діагноз. ✓ У пункті 13 зазначається інформація про контакт з інфекційним хворим, вказується дата. ✓ У пункті 14 зазначаються: ○ дата і час повідомлення до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи, яка повідомила та отримала повідомлення, номери контактних телефонів; ○ прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення та її підпис; ○ реєстраційні номери із форми первинної облікової документації № 060/о «Журнал обліку інфекційних хвороб» закладу, який надав форму № 058/о та ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, який отримав повідомлення; ○ підпис особи, яка отримала повідомлення. ✓ У пункті 15 обов'язково відмічається хвороба, щодо якої безпосередньо надається форма № 058/о. ✓ Харчові отруєння, які потенційно можуть бути спричинені збудниками інфекційних хвороб, до моменту отримання лабораторного підтвердження діагнозу відмічаються у рядку «Інше» пункту 15 та відповідний діагноз зазначається у пункті 8. ✓ У пункт 16 «Інші додаткові відомості» за необхідності вноситься:	лікаря або діагноз інфекційної хвороби встановлено в соматичних відділеннях, відділеннях хірургічного профілю; 2) фізичні особи - підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики (далі - ФОП); 3) працівники інших медичних служб та підрозділи, закладів освіти, закладів оздоровлення та відпочинку, які в ході виконання своєї діяльності отримують інформацію про стан здоров'я особи; 4) установи судово-медичної експертизи.

	✓ вакцинальний статус пацієнта (в разі реєстрації вакцинокерованої хвороби), дата, доза, серія, назва препарату; ✓ у разі реєстрації харчового отруєння - назва закладу громадського харчування його адресу, інші обставини (назву продуктів харчування); ✓ відомості про контактних осіб: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), вік, місце проживання, роботи, виховання чи навчання, телефон, вакцинальний статус (у разі реєстрації вакцинокерованої хвороби), результати лабораторного обстеження, медичного огляду та попередній діагноз. ✓ Медичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які виявили чи запідозрили інфекційну хворобу, у випадках невідкладної госпіталізації, повідомляють ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці по телефону про виявлення пацієнта і місце його госпіталізації. У випадку, якщо пацієнта залишено на амбулаторному лікуванні (вдома), форма № 058/о надається ЗОЗ, з сімейним лікарем якого пацієнтом укладено декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, ФОП або по місцю проживання пацієнта. ✓ Медичні працівники ЗОЗ, які обслуговують працівників водного, залізничного та повітряного транспорту, заповнюють два примірники форми 058/о: один примірник надсилається до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, другий - до ЗОЗ за підпорядкованістю. ✓ ЗОЗ центральних органів виконавчої влади, що реалізують державну політику у сферах оборони і військового будівництва, охорони громадського порядку, захисту державного кордону, виконання кримінальних покарань, Державного управління справами, Служби безпеки України надсилають форму № 058/о до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці лише на вільнонайманих працівників та членів сімей працівників цих закладів. ✓ У разі зміни категорії випадку або зміни діагнозу ЗОЗ, ФОП, інші медичні служби, підрозділи та заклади, установи зобов'язані протягом 18 годин після зміни категорії випадку або зміни діагнозу надіслати нову форму 058/о до ЦКПХ відповідної адміністративно-територіальної одиниці, до якого було надіслано форму № 058/о, із	

	зазначенням зміненої категорії, результатів лабораторних досліджень та інших даних, які стали підставою для зміни категорії випадку, а у випадку смерті пацієнта - заповнити нову форму № 058/о і протягом 18 годин після смерті пацієнта надіслати її із зазначенням дати встановлення смерті, діагнозу та результатів лабораторних досліджень. ✓ Форму № 058/о має бути заповнено чітко та розбірливо. Виправлення помилок підтверджується підписом особи, яка заповнила форму № 058/о, із зазначенням дати внесення змін. ✓ Строк зберігання форми № 058/о - 1 рік.	
Завершальний етап	Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства охорони
 здоров'я України 10 січня 2006
 року № 1
 (у редакції наказу Міністерства
 охорони здоров'я України від 15
 вересня 2023 року № 1642)

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування, у сфері управління якого перебуває заклад _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу, відповідальні особи якого заповнили екстрене повідомлення _____ (поштовий індекс, область / Автономна Республіка Крим, район, населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо, № будинку/корпусу, № квартири/офісу) Зазначається код за ЄДРПОУ платника податку або реєстраційний (обліковий) номер платника податків, який присвоюється контролюючими органами, або реєстраційний номер облікової картки платника податків - фізичної особи. Серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті.	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 058/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 1 0 0 1 2 0 0 6 № 1

Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння

"__" ____ 20__ року.
(дата заповнення повідомлення)

1. Повідомлення направлено до (найменування закладу охорони здоров'я)

2. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) пацієнта

3. Дата народження ____/____/____
(число/місяць/рік)

4. Стать: чоловіча ☐
жіноча ☐

5. Місце проживання:

область район

населений пункт вулиця

N будинку N квартири

6. Телефон:

7. Місце роботи (посада), навчання, дитячого закладу та їх адреса:

8. Діагноз (відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я)

9. Дата початку хвороби ____/____/____ Дата первинного звернення ____/____/____
(число/місяць/рік) (число/місяць/рік)

Дата останнього відвідування закладу/роботи ____/____/____ Дата смерті ____/____/____
(число/місяць/рік) (число/місяць/рік)

10. Чи був пацієнт госпіталізований? ☐ Ні ☐ Так Дата ____/____/____
(число/місяць/рік)

Місце госпіталізації:

11. Підстави для діагнозу: ☐ Клінічні ☐ Лабораторні Дата ____/____/____
(число/місяць/рік)
Метод: Результат:

12. Основні симптоми хвороби:

13. Контакт з інфекційним хворим? ☐ Ні ☐ Так Дата ____/____/____
(число/місяць/рік)

14. Дата повідомлення: ____/____/____ Час: ____ (год. хв.)
(число/місяць/рік)

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) телефон:
особи, яка повідомила:

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
особи, яка отримала повідомлення:

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
особи, яка заповнила повідомлення:

Підпис:

Реєстраційний номер за формою первинної облікової документації N 060/о "Журнал обліку інфекційних захворювань", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року N 1, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за N 686/12560 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2023 року N 1642), закладу, який повідомив _____, закладу, який отримав повідомлення

Підпис особи, яка отримала повідомлення _____

15. Хвороба, яка підлягає сповіщенню, обране **ВІДМІТЬТЕ** нижче:

Ботулізм		☐	Лейшманіоз	☐
Бруцельоз		☐	Лептоспіроз	☐
Вірусна хвороба Чикунгунья		☐	Лістеріоз	☐
Вірусні геморагічні гарячки невстапленої етіології		☐	Лямбліоз	☐
Віспа (натуральна)		☐	Малярія	☐
Гарячка денге		☐	Менінгококова інфекція	☐
Гарячка Західного Нілу		☐	Моноцитарний ерліхіоз людини	☐
Гострий гепатит А		☐	Пневмококові інфекції (зокрема Пневмонія стрептококова, групи В)	☐
Гострий та хронічний гепатит В		☐	Правець	☐
Гострий поліомієліт		☐	Сальмонельоз	☐
Гострий та хронічний гепатит С, Е, D		☐	Сибірка	☐
Гранулоцитарний анаплазмоз людини		☐	Синдром вродженої краснухи	☐
Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу, включно з грипом А (H1N1) та А (H5N1)		☐	Сказ	☐
Дифтерія		☐	Трихінельоз	☐
Ентерит, спричинений Yersinia enterocolitica		☐	Туберкульоз	☐
Ентерогеморагічна Escherichia coli інфекція		☐	Туляремія	☐
Епідемічний паротит		☐	Тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС)	☐
Жовта гарячка		☐	Хантавірусна інфекція	☐
Інфекція, спричинена Haemophilus influenzae		☐	Хвороба Кройцфельда-Якоба	☐
Кампілобактеріальний ентерит		☐	Хвороба Лайма	☐
Кашлюк		☐	Хвороба легіонерів	☐
Кіп		☐	Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	☐
Кліщовий енцефаліт		☐	Хвороба, яку спричинює вірус Зіка	☐
Коронавірусна хвороба (COVID-19)		☐	Холера	☐
Краснуха		☐	Черевний тиф та паратиф	☐
Крим-Конго геморагічна гарячка		☐	Чума	☐
Криптоспоридіоз		☐	Шигельоз	☐

Ку-гарячка



Інше



Примітка: інформація про виявлення підозри на хвороби, позначені ☎, обробляється відповідно до пункту 5 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації N 058/о "Екстрене повідомлення про інфекційну хворобу, харчове отруєння", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року N 1, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за N 686/12560 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2023 року N 1642).

16. Інші додаткові відомості: _____

3. Збір епідеміологічного анамнезу у випадку найпоширеніших інфекційних хвороб.

Місце проведення: КІЗ, приймальне відділення інфекційного стаціонару

Необхідне оснащення: крісло, пацієнт, родичі пацієнта, ручка.

Показання: підозра на інфекційну хворобу

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Починати опитування слід із запитання: “Як Ви думаєте, з чим пов’язане Ваше захворювання?” З метою в’яснення “коли” відбулося зараження, дані збирають із урахуванням інкубаційного періоду. Щоб уточнити “від кого?”, “де?”, “яким чином?” відбулося інфікування пацієнта розпитують, чи не спілкувався він із заразними хворими, чи не було хворих із подібними проявами серед членів сім’ї, сусідів, співробітників, вивчають можливий контакт із тваринами, професійний ризик. З’ясовують, як і де харчується хворий, чи дотримується особистої гігієни, чи були подорожі, відрядження, перебування за кордоном, контакт з іноземцями. Епідеміологічний анамнез збирається не тільки шляхом опитування самого пацієнта, але й оточуючих осіб, інформації ЦКПХ даного регіону, з якої прибув пацієнт. Уточнюються також відомості про профілактичні щеплення, перенесені в минулому інфекційні хвороби, можливість внутрішньоутробного інфікування дитини від матері. Для дітей, що відвідують дитячі заклади чи школу, працівників харчових підприємств важливо в’яснити можливість інфікування оточуючих в терміни інкубаційного періоду та з урахуванням механізмів передачі інфекції.	При збиранні епідеміологічного анамнезу необхідно з’ясувати джерело і шляхи зараження даним захворюванням, що вкладається між мінімальним та максимальним інкубаційним періодом
Завершальний етап	Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

4. Взяття матеріалу із носоглотки

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: **стерильний зонд** або ватний тампон на довгій стерильній паличці, зігнутий під кутом 135°, **стерильна пробірка з транспортним середовищем** (наприклад, вірусологічне середовище), стерильні рукавички, маска, захисні окуляри або щиток, антисептик для рук, етикетка для пробірки (для ідентифікації пацієнта), контейнер для відходів класу Б (для утилізації використаних матеріалів)

Показання: ознаки вірусної та бактеріальної інфекції, планове оперативне втручання.

Протипоказання:

абсолютних: немає, відносні: недавня травма або анатомічні дефекти лицевого черепа.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Увести кінчик тампона в ніздрю на 2-3 см від носового отвору, торкаючись передньої носової раковини і слизової оболонки перегородки, повертаючи тампон, щоб зібрати назальні слизові виділення; тампон вводити в ніздрю паралельно піднебінню; абсорбувати виділення, зразки з обох ніздрів брати одним тампоном; помістити тампон у стерильну пробірку з 1-1,5 мл транспортного середовища.	Відібраний слиз з носоглотки може бути доставлений у лабораторію і на тампоні, який занурюють у пробірку з транспортним середовищем, для транспортування протягом 3 год. і більше.
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

5. Взяття матеріалу із ротоглотки

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: рукавички, окуляри, стерильний шпатель, стерильний тампон, стерильну одноразову пробірку з вмістом 1-1,5 мл транспортного середовища, що містить у складі лізуюче вірусне середовище (готового промислового виробництва).

Показання: ознаки вірусної та бактеріальної інфекції, підвищення температури тіла, планове оперативне втручання.

Протипоказання: немає

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Язик утримувати за допомогою шпателя; відбір мазків проводити, не торкаючись тампоном м'якого піднебіння; після отримання матеріалу робочу частину тампону помістити у стерильну одноразову пробірку з вмістом 1-1,5 мл транспортного середовища, що містить у складі	Відібраний слиз з ротоглотки може бути доставлений у лабораторію і на тампоні, який занурюють у пробірку з транспортним

	лізуюче вірусне середовище (готового промислового виробництва).	середовищем, для транспортування протягом 3 год. і більше.
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

6. Забір матеріалу з носоглотки на виявлення менінгокока

Місце проведення: КІЗ, приймальне відділення інфекційної лікарні.

Необхідне оснащення: ватний тампон на дротяній петлі у стерильній пробірці, штатив для пробірок, шпатель, лоток з дезрозчином для використаного шпателя, направлення.

Показання: захворювання з менінгеальним синдромом, сепсис, профогляди медичних працівників, працівників дошкільних навчальних закладів та шкіл, обстеження контактних осіб з хворим на менінгококову інфекцію.

Протипоказання: відносні травматичні пошкодження носа, нещодавні хірургічні втручання на носоглотці, недавня травма або анатомічні дефекти лицевого черепа.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду. Проведіть гігієнічну антисептику рук (руки повинні бути сухі, чисті та теплі) Попросіть пацієнта присісти на крісло і відкрити рот	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	При взятті матеріалу пацієнт повертається до джерела світла обличчям, широко відкриває рота. В праву руку беремо паличку з тампоном, згинаючи її до краю пробірки під кутом 120°. Лівою рукою притискаємо шпателем корінь язика донизу та допереду, правою рукою вводимо тампон, повернений вверх, в ротоглотку, обережно заводимо за м'яке піднебіння і забираємо матеріал. Так само обережно, не торкаючись слизової щік, зубів, язика, витягуємо тампон з порожнини рота, опускаємо в пробірку, не торкаючись стінок. Матеріал, в супроводі направлення, доставляють в лабораторію негайно, обов'язково оберігаючи від охолодження (в спеціальному термопеналі при температурі 37°C).	Посів на менінгокок проводять на сироватковий агар в лабораторії, кінцевий результат отримують через чотири доби.
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

7. Транспортування інфікованого матеріалу (слизу з носоглотки, спинномозкової рідини) при менінгококовій хворобі до лабораторії.

Місце проведення: службовий транспорт, лабораторія

Необхідне оснащення: пробірка, банка, металічний або пластмасовий пенал, поліетиленовий пакет, лейкопластир, дезрозчин, бікс, поліетиленовий пакет, направлення.

Показання: необхідність доставки забраного матеріалу з метою діагностики менінгококової інфекції до лабораторного центру.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Проведіть гігієнічну антисептику рук (руки повинні бути сухі, чисті та теплі)	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Пробірки поміщають в металічний або пластмасовий пенал, краї між корпусом і кришкою пеналу заклеюють лейкопластирем. Пенал поміщають в поліетиленовий пакет, обробляють ззовні дезрозчином, і поміщають в бікс. Кожну баночку окремо поміщають в поліетиленовий пакет, обробляють дезрозчином і розміщують в біксі, або металевому ящику, який запломбовують і відправляють з супроводом в лабораторію. До біксу додають документ-направлення, в якому вказують прізвище, ім'я, по-батькові, вік хворого, діагноз, дата початку хвороби і взяття матеріалу, характер матеріалу для дослідження, дату та дозу антибіотиків, що застосовувались, прізвище та посаду медичного працівника, що проводив забір матеріалу.	Кожну пробірку, банку або іншу посудину, в яку поміщений матеріал від хворого, щільно закривають (скляними притертими корками або кришками, що закручуються).
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

8. Застосування індивідуальних засобів захисту медичних працівників.

Засоби індивідуального захисту (далі – ЗІЗ) - це всі засоби, які призначені для використання з метою індивідуального захисту від одного або більше ризиків, які могли б становити загрозу безпеці та здоров'ю на роботі.

Медична (хірургічна) маска— це медичний виріб, що прикриває ніс, рот та підборіддя, утворюючи бар'єр для прямого передавання інфекцій між персоналом і пацієнтами. Якщо її носити належним чином, медична маска допомагає блокувати великі краплі або бризки, що можуть містити мікроби (віруси та бактерії), не дає їм потрапити на слизові оболонки рота та носа. Маска попереджує зайві доторки руками до обличчя. Ризик занесення інфекції на слизові значно зменшується.

Під час деяких процедур патогенні мікроорганізми потрапляють у повітря з дуже маленькими часточками — дрібнодисперсним аерозолем. Хірургічна маска не може захистити від їх вдихання. У цих випадках потрібно використовувати респіратори класів захисту FFP3 і FFP2. Також респіратори слід використовувати і для догляду за пацієнтами, що мають інфекцію з невідомими шляхами передавання. Медичні працівники, які допомагають хворим з інфекційними захворюваннями, що передаються краплинно-повітряним шляхом, обов'язково мають проходити фіт-тестування для перевірки щільності прилягання респіратора. Такий тест потрібно робити хоча б раз на рік.

Халат захисний від інфекційних агентів (ХЗІА) - це засіб індивідуального захисту для забезпечення широкого бар'єрного захисту відкритих ділянок тіла і одягу працівника від

забруднення кров'ю, іншими біологічними рідинами та потенційно інфікованими матеріалами. ХЗІА завжди носять в поєднанні з іншими ЗІЗ. Куртки, клінічні і лабораторні халати, які надягаються поверх особистого одягу для зручності та/або цілей ідентифікації, не можуть вважатися ЗІЗ.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	У яких випадках слід використовувати маску: • пацієнти із симптомами застуди або з підозрою на інфекцію, що передається краплинно-аерогенним шляхом, мають надягати маску — вона обмежить потенційне розповсюдження респіраторних виділень; • медичні працівники мають надягати маску, щоб захиститися під час надання медичної допомоги і за наявності ризику утворення великих крапель та бризок біологічних рідин пацієнта; • медичні працівники мають надягати маску під час процедур і маніпуляцій, які вимагають стерильності, щоб захистити пацієнта від можливих інфекцій; • хворим, які мають респіраторні симптоми — кашель, нежить; • здоровим людям, які перебувають у місцях великого скупчення, з метою додаткового захисту. Респіратор потрібно використовувати під час роботи з пацієнтами, що мають інфекції із повітряно-краплинним механізмом передачі, при яких патогенні мікроорганізми потрапляють у повітря з дуже маленькими часточками — дрібнодисперсним аерозолем. Халат має бути завдовжки до середини литок і з довгими рукавами. Халат має бути світлого кольору, щоб легше можна було ідентифікувати забруднення, з петлями для пальців або з еластичною манжетою, щоб рукави не закручувалися. Коли треба застосовувати рукавички: • коли є передбачуваний безпосередній контакт з кров'ю або іншими біологічними рідинами, слизовими оболонками та потенційно інфікованими матеріалами; • коли є безпосередній контакт із пацієнтами, які інфіковані патогенами, що передаються контактним шляхом; • під час роботи із потенційно забрудненим обладнанням і поверхнями, що використовують під час догляду за хворими.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної).

	Рукавички заборонено мити чи обробляти дезінфектантами, щоб використовувати повторно. Захисний щиток для обличчя виготовлений із прозорого пластику, щоб забезпечити добру видимість для пацієнта і медичного працівника, який використовує щиток. Захисні окуляри підходять для осіб, які носять коригувальні окуляри. Мають прозорі пластикові лінзи з покриттям від запотівання і захистом від подряпин	
Основний етап	Як надягати маску: закиньте гумки за вуха, розправте маску, щоб вона прикривала ніс та рот, обтисніть носову пластину. Маску слід змінювати, щойно вона стала вологою. Не можна чіпати зовнішню частину маски руками. Якщо доторкнулися, помийте руки з милом чи обробіть спиртовмісним антисептиком. Маску слід змінювати щочотири години. Не можна використовувати маску повторно. Не можна використовувати марлеві маски, вони не забезпечують належного рівня захисту. Як надягати респіратор: • довге волосся треба зібрати у хвіст, чоловікам — поголитися; • якщо носите окуляри, їх варто зняти, а руки обробити; • заведіть гумки на передню частину респіратора та просуньте долоню під ними; • прикладіть чашу респіратора до обличчя, верхню гумку перекиньте на потилицю, нижню — за вуха; • розправте респіратор на обличчі, обтисніть носову пластину пальцями обох рук; • перевірте, щоб гумки респіратора не перехрещувалися — для цього достатньо подивитися на себе в дзеркало. Після кожного надягання треба робити так званий тест долоні. Тримайте руки перед респіратором і зробіть різкий вдих або видих. Якщо відчули, що повітря проходить між респіратором та шкірою, треба поправити респіратор на обличчі. Пам’ятайте, що респіратори не забезпечують надійного захисту неголеним людям, а надто тим, хто має бороду. Під час догляду за хворими, які мають інфекції із контактним або краплинним шляхом передавання, зовнішня поверхня респіратора	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

	може забруднитися мікроорганізмами. Тому їх можна використовувати лише як одноразовий засіб. Також слід замінити респіратор, щойно він став вологим. Зазвичай виробники респіраторів зазначають максимальний термін використання — не більше восьми годин безперервної роботи чи одна робоча зміна. Як надягати халат: розгорніть його, надягніть і зав'яжіть. Рукавички надягають останніми з усіх засобів індивідуального захисту, обов'язково поверх манжетів халату У захисного щитка має бути ремінець, що регулюється, для щільного прилягання до голови та зручного носіння, а також стійкість до запотівання. Захисні щитки можуть бути одно- чи багаторазовими. Захисні окуляри мають щільно прилягати до шкіри і мати гнучку рамку з ПВХ, що легко пристосовується до контурів обличчя та рівномірно тисне. Окуляри закривають очі та ділянки навколо. Ремінці, що регулюються, забезпечують міцне кріплення, щоб окуляри не зміщувалися під час клінічної діяльності. Захисні окуляри можуть бути одно- чи багаторазовими.	
Завершальний етап	Як знімати маску: не торкайтеся до її зовнішньої поверхні — зніміть маску за гумки, згорніть і викиньте у смітник. Як знімати халат: не торкайтеся до його зовнішньої поверхні, акуратно зніміть, згорніть і утилізуйте. Після зняття халату варто обробити руки. Куртки, клінічні та лабораторні халати, які надягають поверх особистого одягу для зручності чи ідентифікації, не є засобами індивідуального захисту. Як знімати рукавички: • зачепіть її на рівні долоні іншою рукою в рукавичці та обережно зніміть; • тримайте зняту рукавичку іншою рукою в рукавичці; • просуньте пальці руки без рукавички на зап'ясті під рукавичку, що залишилася надягненою, та зніміть її, загорнувши над першою рукавичкою. Захисні окуляри та щиток знімають за ремінець на потилиці або за кінцівки дужок і при цьому не торкаються їхньої передньої поверхні	

9. Алгоритм дій медичного працівника в разі виявлення пацієнта з підозрою на особливо небезпечну інфекцію.

Особливо небезпечні інфекції — група гострих заразних захворювань людини, які можуть раптово виникнути, швидко поширитись і масово охопити населення; характеризуються тяжким перебігом і високим рівнем летальності. До групи особливо небезпечних інфекцій відносять чуму, холеру, віспу, жовту лихоманку (це так звані конвенційні хвороби, що підлягають під дію Міжнародних санітарних правил, в минулому — карантинні інфекції).

Дії при підозрі на ОНІ регламентуються Наказом «Про затвердження порядку госпіталізації, лікування та медичного нагляду за особами, які хворіють на особливо небезпечні і небезпечні інфекційні хвороби, контактними особами та носіями збудника таких інфекційних хвороб, умови їх перебування у відповідних закладах охорони здоров'я та наукових установах» № 2149 від 18.12.2023р.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Принципи організації первинних протиепідемічних заходів для ОНІ. • виявлення хворого • інформація про виявлення хворого • ізоляція хворого з наступною його госпіталізацією • уточнення діагнозу • обсерваційні, карантинні або інші обмежувальні заходи • лікування • виявлення померлих від невідомих причин, розтин трупа, взяття матеріалу для бактеріологічного і вірусологічного досліджень; знезараження, правильне транспортування та поховання трупів. • виявлення, ізоляція контактних осіб • медичне спостереження за населенням • провізорна госпіталізація всіх хворих, характер захворювання яких не виключає діагнозу ОНІ • дезинфекція • санітарна освіта	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної).
Основний етап	При виявленні хворого з ОНІ в амбулаторно-поліклінічному закладі прийом усіх хворих припиняють. Хворого залишають на місці виявлення до госпіталізації в спеціалізований інфекційний стаціонар. За необхідності йому надають екстрену медичну допомогу.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

	Не виходячи з приміщення, де перебував хворий, лікар по телефону або через посильного, який не був в контакті з підозрілим, замовляє необхідні медикаменти, укладки захисного одягу і для взяття матеріалу для лабораторного дослідження, засоби особистої профілактики і терміново сповіщає головного лікаря відповідного лікувального закладу, КЗТОР "Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" та центру контролю та профілактики хвороб МОЗ (ЦКПХ) відповідної адміністративно-територіальної одиниці за місцем реєстрації хвороби. Схема сповіщення має бути у кожному ЛПЗ на помітному місці. Необхідно мати засоби індивідуального захисту з розрахунку для персоналу поліклінік по 1 комплекту на 1 зміну осіб, зайнятих безпосередньо обслуговуванням хворих. Забороняється вхід у медичний заклад і вихід з нього. Закривають усі вхідні двері, припиняється спілкування між поверхами. Виставляють пости біля кабінету, де перебуває хворий, біля вхідних дверей поліклініки і на поверхах. З кабінету, де перебуває хворий, забороняється виносити речі, передавати амбулаторні карти в реєстратуру до проведення заключної дезінфекції. При підозрі на чуму, геморагічні гарячки у кабінеті закривають вікна і двері, відключають вентиляцію. Вентиляційні отвори заклеюють лейкопластиром. Лікар залишається з хворим до прибуття евакобригади. Він зобов'язаний закрити ніс і рот рушником чи маскою, зробленою з підручних засобів (вати, марлі, бинта). Складають списки осіб, що були в контакті з хворим у даному лікувальному закладі, за місцем проживання та медичного обслуговуючого персоналу. При цьому зазначають прізвище, ім'я та по- батькові контактних осіб, рік народження, місце проживання та роботи, контакт з хворим (де, коли, ступінь, тривалість). У кабінеті, де було виявлено хворого, проводять поточну дезінфекцію 3% розчином лізолу, хлораміну, 3% освітлений і неосвітлений розчин хлорного вапна), а після госпіталізації- заключну дезінфекцію. Якщо хворого було виявлено не в поліклініці, а вдома, в готелі, на транспорті, лікар, який виявив його, зобов'язаний сповістити про це головного лікаря поліклініки, викликати спеціалізовану машину "Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф", залишитися з хворим, вживши заходів особистої безпеки, і надати йому	

	за необхідності екстренну медичну допомогу. Потім лікар повинен супроводити хворого до місця госпіталізації, після чого сам підлягає обсервації і екстренній антибіотикотерапії. У склад евакобригади входять: кваліфікований інфекціоніст, лікар-епідеміолог, дезінфектор. Інфекціоніст консультує хворого, направляє його в госпіталь для ОНІ. Епідеміолог детально збирає епіданамнез для подальшого обстеження осередку інфекції, встановлення джерела, шляхів і факторів передвчі інфекції. Дезінфектор проводить заключну дезінфекцію. Госпіталізацію хворого здійснюють, в умовах максимального забезпечення вимог протиепідемічного режиму, силами станції (відділення) швидкої (невідкладної) медичної допомоги або лікувально-профілактичного закладу, у стаціонар , передбачений територіальним комплексним планом профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями, для госпіталізації хворих. Транспорт для госпіталізації має бути забезпечений: - медикаментами для надання термінової медичної допомоги та патогенетичної терапії; - посудом з кришкою для блювоти або випорожнення, якщо вони виникнуть під час транспортування; - засобами для проведення поточної дезінфекції під час перевезення хворого; - засобами індивідуального захисту членів евакуаційної бригади; - засобами особистої екстреної профілактики.	
Заключний етап	Труп людини, що померла від захворювання, яке не виключає вищезгадані інфекції, укладають у спеціально призначений для цього непромокальний пакет або завертають у простирадло, змочене дезінфекційним розчином та перевозять до патолого-анатомічного відділення, в якому створені всі умови для дотримання вимог протиепідемічного режиму при розтині трупу.	

10. Порядок застосування захисного одягу при особливо небезпечних інфекціях (ОНІ).

Місце проведення: для входження в приміщення, де працюють із заразним матеріалом, або на територію осередку інфекції, для обслуговування хворого в інфекційних стаціонарах, при евакуації хворого, проведення поточної та заключної дезінфекції, під час взяття матеріалу від хворого, при розтині та похованні трупів, здійснення подвірних обходів.

Необхідне оснащення: захисний костюм

Показання: усі випадки підозри на карантинні та інші особливо небезпечні інфекційні хвороби, робота в осередку даних інфекцій, робота з інфікованим матеріалом, забраним від пацієнтів з підозрою на особливо небезпечні інфекційні хвороби.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
	Костюм одягають в такому порядку: комбінезон (піжама), шкарпетки, чоботи, капюшон (велика косинка) і захисний халат. При необхідності користуватися фонендоскопом, його надівають перед капюшоном. Зав'язки довкола шиї, а також пояс халата зав'язують спереду на лівій стороні петлею, таким же чином закріплюють зав'язки на рукавах. Респіратор (маску) одягають на обличчя так, щоб закрити рот і ніс, для цього верхній край маски повинен знаходитись на рівні нижньої частини орбіт, а нижній - заходити під підборіддя. Верхні зав'язки маски зав'язують петлею на потилиці, а нижні - на тімені (по типу працевидної пов'язки). В проміжки збоку крил носа закладають ватні тампони. Окуляри повинні прилягати до капюшону, скла натерті спеціальним олівцем або кусочком мила для попередження запотівання. В місцях можливої фільтрації повітря закладають ватні тампони. Потім одягають рукавиці, попередньо перевіривши їх на цілісність повітрям. За пояс халата з правої сторони закладають рушник. При проведенні патологоанатомічного розтину трупа додатково одягають другу пару рукавиць, прорезинений фартух, нарукавники.	
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

11. Порядок зняття костюму.

Місце проведення: лікувальний заклад за межами приміщення, якому перебуває хворий або інші інфіковані об'єкти.

Необхідне оснащення: велика миска з дезрозчином для обробки зовнішньої поверхні чобіт, миска з дезінфікуючим розчином для обробки рук в рукавицях, банка з притертим корком з 70° спиртом для знезараження окулярів та фонендоскопу, кастрюля з дезрозчином або з мильною водою для знезараження ватно-марлевих масок, металічний бак з дезрозчином з знезараження халату, капюшону і рушника, кастрюля для знезараження рукавиць, баки, бікси або камерні мішки.

Показання: завершення роботи в осередку карантинних та інших особливо небезпечних інфекційних хвороб, завершення роботи з інфікованим матеріалом, забраним від пацієнтів з підозрою на особливо небезпечні інфекційні хвороби.

Протипоказання: підвищений ризик інфікування.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Для знезараження костюму повинні бути заготовлені: а) велика миска з дезрозчином для обробки зовнішньої поверхні чобіт; б) миска з дезінфікуючим розчином для обробки рук в рукавицях в процесі зняття костюму (після зняття кожної частини костюму руки в рукавицях погружають в дезрозчин); в) банка з притертим корком з 70° спиртом для знезараження окулярів та фонендоскопу; г) кастрюля з дезрозчином або з мильною водою для знезараження ватно-марлевих масок; д) металічний бак з дезрозчином з знезараження халату, капюшону і рушника; е) кастрюля для знезараження рукавиць. При знезараженні костюму дезінфікуючим розчином всі його частини повністю погружають в розчин. В тих випадках, коли знезараження проводять автоклавуванням, кип'ятінням або в дезкамері, костюм складають відповідно в баки, бікси або камерні мішки, які ззовні обробляють дезінфікуючими розчинами. Знімають костюм повільно, не поспішаючи. Спочатку протягом 1-2 хвилин миють руки в рукавицях в дезінфікуючому розчині (8% лізол, 3% розчин хлораміну), повільно виймають рушник; протирають ватним тампоном, рясно змоченим дезрозчином, прорезинений фартух, знімають його, згортаючи зовнішньою поверхнею всередину; знімають другу пару рукавиць та нарукавники; чоботи чи калоші протирають зверху вниз ватним тампоном, змоченим дезінфікуючим розчином (для кожного чобота застосовують окремий тампон); не торкаючись відкритих частин шкіри, виймають фонендоскоп; окуляри знімають плавним рухом, відтягуючи їх двома руками вперед, вгору, назад, за голову; ватно-марлеву маску знімають, не торкаючись обличчя	Захисний костюм знімають після роботи в спеціальному приміщенні або в тій же кімнаті, де проводилась робота, але після знезараження цього приміщення.

	зовнішньою її стороною; розв'язують зав'язки халату, пояс і, опустивши верхній край рукавиць, розв'язують зав'язки на рукавах, знімають халат, завертають зовнішню частину його всередину; знімають косинку, обережно збираючи всі кінці її в одну руку на потилиці; знімають рукавиці, перевіряючи їх цілісність в дезрозчині (але не повітрям). Ще раз обмивають чоботи в мисці з дезрозчином і знімають їх.	
Завершальний етап	Після зняття костюму руки ретельно миють з милом в теплій воді. Захисний одяг знезаражують після одноразового застосування шляхом кип'ятіння в 2% розчині соди (30 хвилин), автоклавовання (1 атм. протягом 30 хв.), замочуванням в дезрозчині (3% розчині хлораміну протягом 2-х годин).	

12. Порядок введення гетерологічних антитоксичних сироваток та імуноглобулінів.

Місце проведення: лікувальний заклад.

Необхідне оснащення: стерильні шприци, голки для внутрішньом'язової ін'єкції, серветки, дезінфікуючий розчин, гетерологічна сироватка та імуноглобулін, антигістамінні препарати, ампули з розведеною 1:100 сироваткою марковані червоним, а з нерозведеною сироваткою - синім кольором.

Показання: травми із порушенням цілісності шкірних покривів і слизових оболонок, обмороження та опіки 2-4 ступеня, проникаючі ушкодження травного тракту, позагоспітальні аборти, гангрени або некроз тканин у будь-якій стадії, абсцеси, укуси тварин, підозра на ботулізм.

Протипоказання: підвищена чутливість до відповідного препарату, вагітність

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. проти епідемічної)
Основний етап	Перед уведенням сироватки обов'язково проводять внутрішньошкірну пробу з розведеною 1:100 сироваткою тварини, яка міститься в коробці з препаратом, для виявлення чутливості до чужорідного білка. Ампули з розведеною 1:100 сироваткою маркіровані червоним, а з нерозведеною сироваткою — синім кольором. Розведену 1:100 сироватку вводять у дозі 0,1 мл внутрішньошкірно в згинальну поверхню передпліччя. Проба вважається негативною, якщо через 20 хв набряк або почервоніння на місці уведення менше ніж 10 мм у діаметрі. У разі негативної внутрішньошкірної проби далі підшкірно вводять 0,1 мл нерозведеної сироватки підшкірно в ділянку плеча. За відсутності реакції на її введення через 30 хв вводять усю призначену дозу сироватки. Спосіб уведення сироватки — внутрішньом'язово або внутрішньовенно — визначається в кожному	Проба вважається позитивною, якщо набряк або почервоніння досягають 10 мм і більше. За появи алергічних реакцій на одну з указаних доз, але за наявності життєвих показань сироватку вводять під наркозом.

	випадку індивідуально з урахуванням ступеня важкості захворювання. У разі позитивної внутрішньошкірної проби з розведеною 1:100 сироваткою або за появи алергічної реакції на підшкірну ін'єкцію рекомендується використовувати гомологічний (людський) імуноглобулін спрямованої дії, якщо такий є. За його відсутності сироватку вводять тільки з лікувальною (а не профілактичною) метою під наглядом лікаря і з особливою обережністю, проводячи попередню десенсибілізацію. Інший метод введення виконують так: спочатку, після внутрішньом'язового введення глюкокортикостероїдів (звичайно це 30—60 мг преднізолону) і антигістамінних препаратів, вводять у наростаючих дозах підшкірно розведену 1:100 сироватку, призначену для внутрішньошкірної проби, з інтервалами 20 хв (0,5 мл, 2 мл і 5 мл). За відсутності реакції на ці дози підшкірно вводять 0,1 мл нерозведеної сироватки. За відсутності реакції через 30 хв внутрішньо-м'язово вводять усю дозу сироватки. Іноді використовують ще обережніше введення: слідом за підшкірним введенням 0,1 мл нерозведеної сироватки вводять ще 1 мл нерозведеної сироватки і за відсутності алергічної реакції вводять незначну частину дози, а потім уже всю дозу. За появи алергічних реакцій на одну з указаних доз, але за наявності життєвих показань сироватку вводять під наркозом.	
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

13. Надання невідкладної медсестринської допомоги в разі анафілактичного шоку.

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: набір медикаментів, необхідних для надання невідкладної допомоги хворому із анафілактичним шоком.

Показання: анафілактичний шок.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т. ч. протиепідемічної)
Основний етап	1. Припинити введення ліків, які спричинили анафілактичний шок; 2. При ознаках клінічної смерті негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію;	До виведення із шоку транспортування хворого протипоказане, за необхідності апарат ШВЛ

	3. Відновити прохідність дихальних шляхів: повернути голову хворого набік, усунути западання язика та нижньої щелепи; 4. Якщо анафілактичний шок виник унаслідок введення медичного препарату в кінцівку, накласти джгут на 20—35 хв, проксимальніше від місця введення. При внутрішньовенному введенні треба голку залишити у вені і ввести протишоккові препарати, а при підшкірному введенні — обколоти місце введення адреналіном; Якщо вену знайти важко, то можна ввести внутрішньом'язово або підшкірно, після чого необхідно повторно вводити адреналін у дозі 0,25—0,5 мл внутрішньовенно кожні 10-15 хв під контролем артеріального тиску. При важкому стані (зупинення серця) рекомендується внутрішньо-серцеве введення 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну; 6. Респіраторна терапія: за допомогою електровідсмоктувача видалити з дихальних шляхів надлишковий секрет, налагодити подавання через маску 100 % зволоженого кисню зі швидкістю 6—8 л/хв, за показанням — ШВЛ. 7. Для усунення бронхоспазму — 10,0 мл 2,4 % розчину еуфіліну на 10,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно. 8. Корекція циркуляторних порушень: основним розчином є ізотонічний розчин натрію хлориду. 9. Введення адреналіну хлориду з метою пригнічення вивільнення медіаторів алергії. 10. Гормонотерапія: внутрішньовенно вводять 125—250 мг гідрокортизону гемісукцинату, або 90—120 мг преднізолону, або 8 мг дексазону, або 8—16 мг дексаметазону, розділивши вказані дози на 2—3 приймання. 11. Призначення антигістамінних препаратів: 2 % розчин супрастину або 0,1 % розчин тавегілу по 2 мл внутрішньовенно. Потім їх вводять підшкірно, у тяжких випадках — кожні 3—4 год. 12. Якщо шок спричинений введенням пеніциліну, внутрішньом'язово слід увести 1 млн ОД пеніцилінази в 2 мл води для ін'єкцій.	транспортують до хворого. Після стабілізації АТ і функції дихання, пацієнта переводять в реанімаційне відділення, де він перебуває ще 3-5 днів. Продовжуються інфузії солевих розчинів, введення глюкокортикостероїдів, бронхолітиків, антигістамінних препаратів
Заключний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

14. Надання медсестринської допомоги у випадку гіпертермічного синдрому.

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: грілки з холодною водою, стерильні шприци, голки для внутрішньом'язової ін'єкції, ватні кульки, серветки, дезінфікуючий розчин, 2 мл 50% розчину анальгіну, 2 мл 1% розчину димедролу.

Показання: гіпертермічний синдром.

Протипоказання: не має.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	- Вдатись до фізичних методів зниження температури тіла: холодні примочки на чоло(на 1 склянку холодної води додати 1 столову ложку оцту), грілки з холодною водою на ділянки сонних та стегнових артерій - За призначенням лікаря ввести внутрішньом'язово 2 мл 50% розчину анальгін, 2 мл 1% розчину димедролу	Хворий повинен перебувати на ліжковому режимі - Показана молочно-рослинна дієта, годують часто, але малими порціями - Забезпечують часте пиття(чай, відвар шипшини, молоко з медом або содою,соки лужна мінеральна вода) - Здійснюють гігієнічний догляд за тілом - При появі марення слід сповістити про це лікаря та організувати індивідуальний пост - У випадку збудження зафіксувати хворого в ліжку спеціальними поясами
Завершальний етап	Продезинфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

15. Надання медсестринської допомоги в разі зневоднення.

Тактика екстреної терапії дегідратаційного шоку:

Місце проведення: лікувальний заклад.

Необхідне оснащення: стерильні шприци, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, ватні кульки, серветки, лоток, гумові рукавички, маска, пінцет в дезінфікуючому розчині, захисний екран (окуляри), водонепроникний фартух, спирт етиловий 70%, йод, гумова подушечка, гумовий джгут, клейонка, рушник, лікарські препарати, пилочка, лоток для використаного матеріалу, протишоковий набір, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємності з дезрозчинами.

Показання: частий пульс малого наповнення, зниження систолічного артеріального тиску, зниження ЦВТ, холодна, волога, бліда, ціанотична або мармурова шкіра, уповільнений кровотік в нігтьовому ложі, температурний градієнт більше 3°C, олігурія.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду. Підготуйте необхідне оснащення.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

	Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	
Основний етап	<i>Первинна</i> інфузійна регідрація в об'ємі 10% маси тіла сольовими розчинами: «Квартасіль», «Трисіль» підігрітими до 38-40°C. У перші 20-30 хвилин уводити розчини внутрішньовенно струменево зі швидкістю 100 мл/хв., наступні 30-40 хвилин – 50 мл/хв., наступні 40-60 хв – 25 мл/хв; Гідрокортизону ацетат 50 мг в/в двічі на добу 1-2 дні для попередження реакції на сольові розчини; Регідрацію проводять до потепління кінцівок, зникнення ціанозу шкіри, зменшення числа серцевих скорочень, поява достатньої кількості сечі (переважання кількості сечі над кількістю випорожнень є ознакою ефективної регідрації); <i>Вторинна (коригуюча)</i> регідрація сольовими розчинами («Трисіль», «Кисіль», «Хлосіль») в об'ємі, що дорівнює триваючим втратам рідини виміряним за 2-3 години; Корекція електролітного складу крові: $V(\text{об'єм } 1\% \text{ розчину калію хлориду}) = P(\text{маса тіла}) * 1,44 * (5 - K(\text{рівень калію в крові хворого в ммоль/л}))$; Лікування основного захворювання (норфлуксацин 400 мг двічі на день – 5 днів).	Забезпечити венозний доступ;
Завершальний етап	Продезинфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

16. Надання невідкладної медсестринської допомоги в разі печінкової енцефалопатії.

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: стерильні шприци, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, серветки, лоток, гумові рукавички, маска, пінцет в дезінфікуючому розчині захисний екран (окуляри), водонепроникний фартух, спирт етиловий 70%, йод, гумова подушечка, гумовий джгут, лікарські засоби, клейонка, рушник, лікарські препарати, пилочка, лоток для використаного матеріалу, бікси із стерильним матеріалом і інструментарієм, ємкості з дезрозчинами.

Показання: печінкова енцефалопатія.

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі). Налагодити венозний доступ	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Налагодити венозний доступ; -Інфузійна терапія з розрахунку 30 мл/кг на добу: розчин глюкози 5%, інсулін (1 од інсуліну на 100 мл 5% глюкози), аспаркам 5,0; -Преднізолон з розрахунку 5 мг/кг/добу кожні 4 години в/в;	

	- Контрикал – 1000 од/кг в 200,0 мл 0,9% розчину натрію хлориду кожні 8 годин в/в краплинно; - Р-н глютаргіну 4% - 100,0-200,0 мл в/в краплинно; - Сібазон 0,5%-2 мл в/м 1 раз на добу; - При явищах набряку мозку, непритомному стані – р-н манітолу 15% - 200,0 в/в краплинно, одночасно р-н фуросеміду 2 мл (20 мг) в/в; - Лактулоза – 30 мл тричі на добу всередину; - Зондове (берламін-модуляр) або парентеральне харчування; - Сифонна клізма з 2% розчином натрію гідрокарбонату - 1,0 л; - Інгаляції зволоженого кисню, гіпербарична оксигенація	
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

17. Порядок дій при контакті з потенційно інфікованим медичним матеріалом та реєстрація професійних аварій в «Журналі реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом» за формою 108-О

Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків регламентується Наказом МОЗ України 05.11.2013 № 955 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я [№ 2019 від 23.09.2021](#)

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: одноразові серветки, одноразові рукавички, прибиральний інвентар, деззасіб, ємність з кришкою для знезараження рідких відходів, ємність для медичних відходів категорії В для передачі на знезараження у паровому автоклаві.

Показання: поранення гострими інструментами, забрудненими кров'ю або іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами, потрапляння крові на слизові оболонки, пошкоджену шкіру

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перша допомога організовується та проводиться негайно після закінчення або переривання випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Перша допомога передбачає обробку місця контакту: а) при пораненні голкою або іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини: місце контакту промивається водою з милом; - поранена поверхня тримається під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)

	За умови відсутності проточної води ушкоджене місце обробляється дезінфікувальним гелем або розчином для миття рук. При цьому не допускається стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню; б) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на непошкоджену шкіру місце контакту промивається водою з милом; в) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі: око промивається водою або фізіологічним розчином. При цьому не допускається: промивання очей милом або дезінфікувальним розчином, знімання контактних лінз під час промивання очей. Після промивання очей контактні лінзи знімаються та обробляються, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання; г) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини: рідина, що потрапила до ротової порожнини, випльовується, ротова порожнина декілька разів промивається водою або фізіологічним розчином. Для промивання ротової порожнини не допускається використання мила чи дезінфікувальних розчинів. Керівнику структурного підрозділу повідомити про випадок аварії лікаря-епідеміолога, головну медичну сестру. Відповідальній особі (лікар закладу, де стався випадок) негайно потрібно зібрати детальну інформацію про випадок аварії та письмові пояснення потерпілого, заповнити у чотирьох примірниках форму 108-2/о (розділи I, II, III) «Реєстраційна картка випадку контакту, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, особи з кров'ю чи біологічними матеріалами людини забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами та проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (конфіденційна інформація)», направити особу, яка контактувала з потенційно-інфікованим матеріалом не пізніше 36 годин після аварії (краще через 1-2 години після контакту із кров'ю (за згодою	

	потерпілого) до Обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, організувати тестування потерпілої особи на наявність антитіл до ВІЛ не пізніше 36 годин після аварії (краще через 1-2 години після контакту із кров'ю (за згодою потерпілого); організувати тестування особи з біологічним матеріалом якого був контакт. Головній медичній сестрі потрібно провести перевірку у підрозділі де виникла аварія про проведення позапланового навчання щодо виникнення аварії та проведення планового навчання, яке повинно проводитися не рідше 1 разу на рік.	
Завершальний етап	Передати заповнену форму в Обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом.	

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ _____ Код за ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 108 - 2/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України _____ № _____
	Реєстраційна карта випадку контакту, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, особи з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами та проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (конфіденційна інформація) № _____ Розділ І. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСОБУ, ЯКА МАЛА ВИПАДОК КОНТАКТУ, ПОВ'ЯЗАНИЙ З ВИКОНАННЯМ ЇЇ ПРОФЕСІЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ, З КРОВ'Ю ЧИ БІОЛОГІЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЛЮДИНИ, ЗАБРУДНЕНИМИ НИМИ ІНСТРУМЕНТАРИЄМ, ОБЛАДНАННЯМ ЧИ ПРЕДМЕТАМИ (далі – працівник) 1. Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____ 2. Стать: ч ☐ ж ☐ 3. Дата народження: ____ / ____ / ____

4. Місце роботи (найменування та місцезнаходження закладу)

_____ Телефон:

5. Посада

6. Місце проживання

_____ Контактний телефон:

7. Дані про страхування на випадок зараження ВІЛ-інфекцією внаслідок виконання професійних обов'язків _____ / _____, номер та серія страхового поліса

_____ (зазначити місяць і рік видачі)

8. Дані про вакцинацію/ревакцинацію проти гепатиту В (зазначити місяць і рік):

V1) _____ / _____, V2) _____ / _____, V3) _____ / _____, не проводилася

Розділ II. ДОКЛАДНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВИПАДОК КОНТАКТУ ПРАЦІВНИКА З КРОВ'Ю ЧИ БІОЛОГІЧНИМИ МАТЕРІАЛАМИ ЛЮДИНИ, ЗАБРУДНЕНИМИ НИМИ ІНСТРУМЕНТАРИЄМ, ОБЛАДНАННЯМ ЧИ ПРЕДМЕТАМИ (далі – джерело потенційного інфікування ВІЛ)

9. Дата та час випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ ____ / ____ / ____ : ____

10. Діяльність, під час виконання якої відбувся випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, та тривалість контакту (хв.)

11. Використання засобів індивідуального захисту: рукавички, маска, захисні окуляри, екран для обличчя, спецодяг, не використовувались (необхідне підкреслити).

12. Форма контакту (необхідне підкреслити):

контакт із завданням пошкоджень шкірному покриву/слизовій оболонці: підшкірне, внутрішньом'язове, пошкодження кровоносних судин;

контакт з непошкодженими шкірним покривом/слизовою оболонкою;

контакт з ураженими захворюванням або травмованими раніше шкірним покривом/слизовою оболонкою.

13. Вид біологічної рідини, з якою відбувся випадок контакту:

кров;

лабораторний матеріал;

потенційно небезпечна біологічна рідина (сперма, вагінальні виділення, грудне молоко, спинномозкова, синовіальна, плевральна, перитонеальна, перикардіальна або амніотична рідини);

потенційно безпечна біологічна рідина, яка містить домішки крові (слина, виділення з носової порожнини, піт, слюзи, сеча, кал, блювотиння, мокротиння);

потенційно безпечна біологічна рідина, яка не містить видимих домішок крові (слина, виділення з носової порожнини, піт, слюзи, сеча, кал, блювотиння, мокротиння).

14. Надана допомога після випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ

**Розділ III. ВІДОМОСТІ ПРО ОСОБУ,
З БІОЛОГІЧНИМИ РІДИНАМИ ЯКОЇ ВІДБУВСЯ ВИПАДОК КОНТАКТУ**

15. Наявність відомостей про особу, з біологічними рідинами якої відбувся випадок контакту (необхідне підкреслити): наявні, відсутні.

16. Наявність вірусного гепатиту В (необхідне підкреслити): позитивний, негативний, невідомо.

17. Наявність вірусного гепатиту С (необхідне підкреслити): позитивний, негативний, невідомо.

18. ВІЛ-статус (необхідне підкреслити): позитивний (підтверджений, виявлений під час скринінгових досліджень), негативний, невідомий.

19. При відомому позитивному ВІЛ-статусі:

19.1. Вірусне навантаження (необхідне підкреслити): не проводилося, проводилося, дата останнього дослідження: ____/____/____, результат ____ кл/мкл.

19.2. Прийом антиретровірусної терапії (необхідне підкреслити): не приймає, приймає, дата початку ____/____/____, початкова схема _____, дата зміни ____/____/____, змінена схема _____, II ряду _____, дата зміни ____/____/____, змінена схема _____, III ряду _____.

20. При невідомому ВІЛ-статусі (необхідне підкреслити):

20.1. Належність до груп ризику: споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають сексуальні стосунки із чоловіками; статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків; клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду; жінки – статеві партнери чоловіків, які практикують секс із чоловіками; ув'язнені; звільнені з місць позбавлення волі; не належить до жодної з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

20.2. Наявність симптомів за останні 6 місяців: лихоманка, лімфаденопатія, фарингіт, висип, міальгія, діарея, нудота і блювання, гепатоспленомегалія, втрата ваги, кандидоз, неврологічні симптоми.

21. Проведення постконтактної профілактики працівникові (необхідне підкреслити): потребує, не потребує.

22. Направлений до закладу охорони здоров'я

(зазначити найменування)

23. Дата та час заповнення ____/____/____ ____:

24. Прізвище, ініціали та підпис лікаря закладу охорони здоров'я, який заповнив розділи I, II та III.

25.	Прізвище,	ініціали	та	підпис	працівника

Розділ IV. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПОСТКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ (далі – ПКП)

26. Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється _____ форма

27. Дата та час звернення за ПКП ____ / ____ / ____ : ____

28. Час, який пройшов від моменту випадку контакту працівника із джерелом потенційного інфікування ВІЛ до безпосереднього звернення працівника за ПКП: ____ год. ____ хв.

29. Проведення ПКП (необхідне підкреслити): доцільно, не доцільно.

30. Результат тестування на ВІЛ (необхідне підкреслити): позитивний, негативний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____

31. Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.

32. Результат тестування на вірусний гепатит В (необхідне підкреслити): позитивний, негативний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____

33. Результат тестування на вірусний гепатит С (необхідне підкреслити): позитивний, негативний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____

34. крові

Загальний
аналіз

35. аналіз

Біохімічний

крові _____

36. Наявність захворювань, які можуть вплинути на вибір схеми ПКП та її перебіг _____

37. Згода працівника на проведення ПКП (необхідне підкреслити): отримана, не отримана.

38. Призначена схема ПКП (необхідне підкреслити): TDF/FTC/LPV/r, TDF/3TC/LPV/r, AZT/3TC/LPV/r, _____

(зазначити схему)

Розділ V. РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПРАЦІВНИКОМ, ЯКИЙ МАВ ВИПАДОК КОНТАКТУ ІЗ ДЖЕРЕЛОМ ПОТЕНЦІЙНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

39. 1-й тиждень (заповнюється за наявності симптомів побічної дії препаратів): дата ____ / ____ / ____

39.	1.	Загальний	аналіз	крові
39.2.		Біохімічний		аналіз
крові				
39.3.		Наявні		симптоми
40. 2-й тиждень: дата ____ / ____ / ____				
40.1.		Загальний	аналіз	крові
40.2.		Біохімічний		аналіз
крові				
40.3.		Наявні		симптоми
41. 3-й тиждень (заповнюється за наявності симптомів побічної дії препаратів): дата ____ / ____ / ____				
41.1.		Загальний	аналіз	крові
41.2.		Біохімічний		аналіз
крові				
41.3.		Наявні		симптоми
42. 4-й тиждень: дата ____ / ____ / ____				
42.1.		Загальний	аналіз	крові
42.2.		Біохімічний		аналіз
крові				
42.3.		Наявні		симптоми
43. Змінена схема ПКП _____, дата заміни ____ / ____ / ____ (зазначити схему)				
44. Отримано ПКП (необхідне підкреслити): повний 28-денний курс, неповний курс.				

45. Результати тестування на ВІЛ через 6 тижнів (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.
46. Результати тестування на ВІЛ через 12 тижнів (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.
47. Результати тестування на ВІЛ через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.
48. Результати тестування на ВІЛ через 12 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
Дотестове та післятестове консультування проведено (необхідне підкреслити): так, ні.
49. Результат тестування на вірусний гепатит В через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
50. Результат тестування на вірусний гепатит С через 6 місяців (необхідне підкреслити): негативний, позитивний; номер аналізу _____, дата проведення ____ / ____ / ____
51. Прізвище, ініціали та підпис лікаря закладу охорони здоров'я, який заповнив розділи IV та V.
-

18. Проведення експрес-тесту на антиген COVID-19 (SARS-CoV-2) та грип

Місце проведення: лікувальний заклад

Необхідне оснащення: рукавички, тест на антиген.

Показання: ознаки вірусної інфекції, планове оперативне втручання, планова госпіталізація в терапевтичний стаціонар, контакт з хворим на COVID-19, грип

Протипоказання: немає.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Антиген-тест на COVID-19 та грип здатний виявляти присутність збудника через 3-5 днів після зараження. При більш ранньому виконання результат може бути помилковим. Визначити, коли краще здати швидкий допоможе лікар, який врахує всі особливості клінічного випадку. Забір зразків із носоглотки	Правила підготовки до тестування. Для того щоб тест дав максимально точні результати, необхідно правильно підготуватися до його проведення. Забір

	та ротоглотки виконується за допомогою стерильних сухих зондів із ватним тампоном та одноразового шпателя. Щоб фахівець міг взяти зразки для аналізу, пацієнту потрібно зручно сісти і трохи підняти голову. Для отримання зразків із носоглотки фахівець вводить зонд у ніс на 2–3 см, злегка опускає його вниз і просувається до задньої стінки носоглотки, виконує обертальний рух уздовж стінок носа. 2. Для отримання зразка з ротоглотки пацієнт відкриває рот, фахівець акуратно притискає його язик шпателем і виконує ватним наконечником стерильного зонда обертальний рух мигдаликами, піднебінними дужками та задньої поверхні ротоглотки. 3. Зонд поміщають у спеціальну пробірку, на якій вказується П. І. О. пацієнта. Процедура забору матеріалу для експрес-тесту займає трохи більше 1–2 хвилин. Після взяття, зразок матеріалу поміщають у отвір на дослідній пластині і через визначений час зчитують. Час виконання варіюється між тестами постачальників, але зазвичай доступний через 10-30 хвилин. Він розшифровується як: • Позитивний. Вказує факт присутності в організмі антигену SARS-CoV-2 чи антиген грипу. • Негативний. Вказує на відсутність коронавірусної інфекції чи грипу	матеріалу для проведення експрес-тесту може проводитися з носоглотки та ротоглотки, згідно з інструкцією виробника. Спосіб взяття мазка визначає лікар. Для ефективного виконання швидкого тесту 9 слід: • за 2 години до аналізу не промивати носа, не користуватися краплями, мазями або спреями для носа; • останній прийом їжі повинен відбутися приблизно за годину до забору орофарингеального мазка, після їжі слід добре прополоскати рота для видалення залишків їжі; • за 30 хвилин до аналізу не чистити зуби, не вживати їжу, не пити, не полоскати горло, не палити, не жувати жувальну гумку
Завершальний етап	Продезінфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

19. Техніка введення вакцин від COVID-19 (SARS-CoV-2)

Місце проведення: лікувальний заклад, центри вакцинації.

Необхідне оснащення: флакон з вакциною, шприц, голка, рукавички, ватний тампон, 70% етиловий спирт.

Показання: всі здорові люди.

Протипоказання:

Абсолютні: постійним протипоказанням до щеплення конкретною вакциною є важка алергічна реакція (анафілактичний шок) на першу дозу цієї вакцини.

Тимчасові протипоказання:

Гострі захворювання з температурою вище 38°C. Вакцинацію можна відкласти на термін до 2 тижнів від початку захворювання.

Лікування моноклональними антитілами або реконвалесцентною плазмою. Вакцинація може бути проведена через 90 днів після закінчення терапії.

Введення вакцин проти інших інфекційних хвороб. Вакцинація від COVID-19 може бути проведена через 14 днів після введення вакцини проти інших інфекційних хвороб, за винятком інактивованої вакцини проти грипу, яку можна вводити безвідносно до часу отримання антиковідної вакцини.

Проба з туберкуліном або аналіз крові на туберкульоз (IGRA). Вакцинація має бути відкладена до завершення оцінки проби/IGRA.

COVID-19 в анамнезі. Вакцинацію може бути відтерміновано на 3 місяці від часу перебігу COVID-19 або здійснена раніше, але не раніше ніж через 28 днів від першого дня появи симптомів або лабораторного підтвердження діагнозу COVID-19.

До особливих станів та вакцинації з пересторогою належать: Онкологічна хвороба. Вакцинація проти COVID-19 осіб з онкопатологією є пріоритетною. При її здійсненні слід дотримуватися відповідних рекомендацій НТГЕІ.

Аутоімунне захворювання. Пацієнти, які проходять лікування препаратом “Ритуксимаб”, повинні відкласти вакцинацію щонайменше на 4 тижні після останньої дози цього препарату.

Особи з імунодефіцитом. Наявних нині даних недостатньо для оцінки ефективності та ризиків вакцини для осіб із важкими імунодефіцитними станами. Враховуючи, що вакцина не є «живою», а особи з імунодефіцитом мають вищий ризик важкої хвороби та смерті від COVID-19, вони можуть бути вакциновані.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Підготуйте необхідне оснащення. Привітайтеся, представте себе, поясніть пацієнту мету та хід дій, отримайте згоду. Проведіть гігієнічну антисептику рук (Руки повинні бути сухі, чисті та теплі).	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Перед введенням вакцини слід оглянути флакон з вакциною на наявність будь-яких сторонніх часток та/або відхилень фізичних якостей. За наявності будь-яких відхилень вакцину <u>не використовуйте</u> , утилізуйте. Перед введенням вакцини необхідно провести медичний огляд лікаря та термометрію, також врахувати протипоказання, що зазначені в інструкції для медичного застосування. Керуючись загальновідомими правилами імунізації, після щеплення необхідно забезпечити нагляд протягом 30 хв. в умовах медичного закладу для своєчасного надання невідкладної медичної допомоги у разі розвитку алергічної реакції негайного типу. Правильно розташувати вакцинованого Місце для введення повернуто до Вас (шкіра до шкіри). Сидячи на стільці. Лежачи, якщо раніше при здійсненні щеплень фіксувалися випадки неприємності Належна техніка ін'єкцій: Розташуйте голку під кутом, відповідно до виду ін'єкції Уникайте зайвих рухів голки після того, як вона увійшла в пацієнта Не тягніть голку назад після її введення у місце ін'єкції Злегка натисніть великим та вказівним пальцями шкіру навколо місця введення ін'єкції Під час вакцинації попросіть розслабити руку	Після вакцинації: Посміхніться, похваліть та підбадьорте пацієнта Дайте чіткі інструкції за доглядом місця вакцинації Повідомте про можливі реакції та побічні прояви після вакцинації

Заключний етап	Продезинфікуйте використане обладнання. Проведіть гігієнічну антисептику рук. Зробіть відповідний запис у медичній документації.	

Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Реаніматологія та анестезіологія»

1. Базові реанімаційні заходи «basic life support» («bls», базова підтримка життєдіяльності).

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Клінічна смерть

Протипоказання: Не має.

Є необхідність відтермінування на час забезпечення безпеки для реаніматора та реанімуємого.

Розрізняють алгоритм базових реанімаційних заходів (BLS) для неспеціалістів і рятувальників.

Алгоритм розширених реанімаційних заходів (ALS) для медичних працівників, який включає в себе і BLS. Після 8 років для дітей діють дорослі протоколи.

Наявні дитячі протоколи PBLS та PALS для пацієнтів віком від 1 до 8 років.

Окремо рекомендується протокол реанімації новонароджених (NLS).

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	ПЕРШИЙ ЕТАП ДОПОМОГИ (FIRST AID) 1. Застосовуйте ТІЛЬКИ стабільне бокове положення у потерпілих, які НЕ відповідають критеріям, згідно яких можна розпочинати штучне дихання та закритий масаж серця (СЛР). 2. Застосовуйте шкалу розпізнавання інсульту згідно протоколу надання допомоги з метою ранньої діагностики інсульту. 3. При підозрі на тепловий удар з фізичним навантаженням та без фізичного навантаження негайно перемістіть потерпілого у прохолодне приміщення, розпочніть пасивне охолодження та використовуйте інші доступні методи охолодження. 4. У випадку сильної кровотечі, що загрожує життю необхідно здійснити прямий тиск на рану та розглянути використання гемостатичної пов'язки або джгута. 5. При термічних опіках припиніть контакт з джерелом і негайно розпочніть охолодження місця ураження прохолодною водою протягом не менше 20 хв. Накладіть стерильну пов'язку.	Рекомендації Європейської Ради Реанімації 2020-2021. Американська кардіологічна асоціація (АНА) -тимчасові рекомендації по СЛР та невідкладній серцево-судинній допомозі для пацієнтів з встановленою або підозрюваною коронавірусною інфекцією (COVID-19)

	ПОЧАТКОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ (BASIC LIFE SUPPORT) 1. Діагностувати зупинку серця та розпочати СЛР 2. Повідомити служби екстреної медичної допомоги 3. Розпочати компресії грудної клітки (100 -120 натискань за 1 хв, глибина 5-6 см) 4. Розпочати штучне дихання (виконати 2 вдихи). Дотримуватись співвідношення компресій та вдихів 30:2(у дітей до 8 років 15:2(крім новонароджених). 5. За наявності, негайно увімкнути зовнішній автоматичний дефібрилятор та виконувати інструкції (голосові підказки) ПОКРОКОВА ІНСТРУКЦІЯ (послідовність дій) • Безпека (переконавшись у відсутності небезпеки для вас, потерпілого та присутніх) • Відповідь (перевірити реакцію на вербальні подразники) • Дихальні шляхи (якщо відповідь відсутня, повернути потерпілого на спину та, поклавши одну руку на чоло, а іншу на підборіддя легко та ніжно розігнути голову потерпілого назад, привідкривши рот) • Оцінка дихання (дивитися, слухати, відчувати – не довше 10 сек ; ледь помітне дихання, а також нечасті, повільні та шумні вдихи не вважаються нормальним диханням) • Відсутність дихання або аномальне дихання (якщо дихання відсутнє або ж аномальне – повідомити служби екстреної медичної допомоги та залишатися біля потерпілого) • Автоматичний зовнішній дефібрилятор (відправити іншу людину за дефібрилятором, за відсутності - розпочинати СЛР) • Розпочати СЛР (компресії та вдихи) 1. Як розпізнати зупинку серця • <u>Почніть СЛР у будь-якої людини, що не подає ознак життя, з відсутнім або порушенням (порушенням) дихання (диханням).</u> • Повільне, утруднене дихання (агональне дихання) слід вважати ознакою зупинки серця. Зосереджуючись на розпізнаванні агонального дихання, як для рядових рятувальників, так і для фахівців, що	* Згідно оновлених гайдлайнів, алгоритм С-А-В не змінився. Під час пандемії COVID-19 можливо не використовувати. Агональне дихання - це ненормальний характер дихання, який спостерігається приблизно у 50% постраждалих із зупинкою серця. Воно вказує на функціонування мозку і пов'язане з поліпшенням результатів. <i>Агональне дихання, зазвичай, неправильно трактується, як ознака (наявності дихання та життя загалом) життя, будучи(що є частою причиною затримки початку реанімації нефахівцями та диспетчерами служби екстреної медичної допомоги. До загальних ознак, якими нефахівці описують агональне дихання, належать: задишка, слабке або рідке(різко сповільнене) дихання, стогін, зітхання,</i>

	виконують СЛР, важливо підкреслити, що ризик затримки СЛР для постраждалого з зупинкою серця значно перевищує будь-який ризик проведення СЛР особі, яка не перебуває в стані зупинки серця. (Неправильне тлумачення агонального дихання, як ознаки життя, може змусити випадкових свідків помилково помістити (перемістити) постраждалих від(із) зупинкою серця у рятівне положення замість того, щоб розпочати СЛР. • <u>На початковому етапі після зупинки серця протягом короткого відрізка часу можна (можете) спостерігатися судомні рухи.</u> Оцініть стан особи після припинення нападу: якщо вона не реагує та у неї відсутнє або ненормальне дихання, починайте(розпочніть) СЛР. Короткотривалі рухи, подібні до судом, серед пацієнтів (постраждалих) із зупинкою серця створюють ще один важливий бар'єр для його розпізнавання. Судоми є поширеними невідкладними медичними ситуаціями, які за різними даними становлять близько 3-4% усіх викликів невідкладної медичної допомоги. Тільки 0,6–2,1% цих дзвінків - це також зупинка серця.. <u>Практичне, оперативне визначення зупинки серця - це випадок, коли людина не реагує на відсутність або порушення дихання.</u> <u>Попередні керівні принципи включали відсутність пальпованого пульсу, як важливого критерію для визначення зупинки серця.</u> <i>Але надійне виявлення центральних імпульсів(пульсу на центральних артеріях) у стресових надзвичайних ситуаціях виявилось складним як для професіоналів, так і для нефахівців. <u>Невідповідність і ненормальне дихання очевидно збігаються з іншими потенційно небезпечними для життя надзвичайними ситуаціями, але мають дуже високу чутливість, як діагностичні критерії зупинки серця.</u></i> 2. Як попередити (повідомити) служби порятунку • Негайно сповістіть службу екстреної медичної допомоги (ЕМД)(EMS), якщо людина знаходиться у непритомному стані з відсутнім або ненормальним диханням.	булькання, шум, охання, сопіння, важке або утруднене дихання. Агональне дихання залишається найбільшим бар'єром для розпізнавання ПЛЗС. Раннє розпізнавання агонального дихання є необхідною умовою ранньої СЛР та дефібриляції, а нездатність диспетчерів розпізнати зупинку серця під час екстрених дзвінків пов'язана(призводить до зниження) зі зниженням відсотка осіб, що вижили. Подібно до агонального дихання, судоми ускладнюють розпізнавання зупинки серця як для неспеціалістів, так і для фахівців (середній час до ідентифікації зупинки серця диспетчером; 130 с проти 62 с;). Розпізнавання зупинки серця після судом, коли постраждалий залишається без ознак життя з аномальним диханням, важливе для запобігання затримки початку СЛР. Ризик затримки СЛР для постраждалого із зупинкою серця набагато перевищує будь-який ризик проведення СЛР особі, яка не перебуває в стані, коли наявна зупинка серця. Використання цих критеріїв буде помірно переоцінювати стан постраждалого стосовно зупинки серця, проте вважається, що ризик

	• Перехожий(Випадковий свідок даної події) із мобільним телефоном повинен набрати номер EMS, активувати динамік або іншу функцію гучного зв'язку на мобільному телефоні і негайно розпочати СЛР (використовуючи телефонні вказівки диспетчера) за допомогою диспетчера. • Якщо ви рятувальник і вам потрібно залишити постраждалого, щоб попередити EMS(ЕМД), спочатку повідомте (ЕМД)EMS, а потім приступайте до СЛР. Незважаючи на широку доступність мобільних телефонів, трапляються ситуації, коли одному рятувальнику може знадобитися залишити постраждалого, щоб сповістити службу порятунку. Вибір або розпочати СЛР, або спочатку сповістити ЕПМД залежатиме від точних обставин, але розумно було б визначити пріоритет якомога швидшого повідомлення ЕПМД перед тим, як повернутися до постраждалого для розпочатку СЛР. 3.Якісний непрямий масаж серця • Якомога швидше починайте(розпочніть) виконувати непрямий масаж серця. • Виконуйте натискання"в центрі грудної клітини". • Натискайте на глибину не менше 5, але не більше 6 см. • Натискайте на грудну клітку зі швидкістю 100–120 натисків/ хв -1 з якомога меншою кількістю переривань. • Дайте грудній клітці повністю випрямитися після кожного стиснення; не спирайтеся на груди (грудну клітку). • Коли це можливо, виконуйте натискання на грудну клітку на твердій поверхні. Положення рук під час натискання <i>У більшості дорослих та дітей максимальна площа поперечного перерізу шлуночків лежить внизу нижньої третини грудного / ксифістернального з'єднання, тоді як висхідна аорта та вихідний тракт лівого шлуночка лежать в центрі грудної клітки.</i> Відповідно до рекомендацій щодо лікування ILCOR, ЄРР рекомендує навчати, що непрямий масаж серця слід виконувати «в центрі грудної клітки», демонструючи при цьому положення рук у нижній половині груднини. Глибина натискання, частота і віддача грудної клітки(стінки)	початку СЛР у пацієнта без ознак життя з відсутнім або аномальним диханням переважає ризик смерті, пов'язаної із затримкою СЛР для постраждалих із зупинкою серця. Практичне питання про те, «чи дзвонити першим(спочатку)» чи «спочатку СЛР», обговорювалось, і це особливо актуально, коли в умовах надзвичайної ситуації немає негайного доступу до телефону. Оскільки мобільні телефони стали домінуючою формою телекомунікацій, виклик екстрених служб не обов'язково означає затримку СЛР. Оцінивши та обговоривши результати нещодавнього систематичного огляду, ILCOR розробив рекомендацію, що у разі, якщо поряд з постраждалим знаходиться тільки одна людина, за допомогою мобільного телефону набирається номер ЕПМД, активується динамік або інша опція гучного зв'язку на мобільному телефоні та негайно розпочинається СЛР. ILCOR дав суперечливу настійну рекомендацію наголосити на важливості якомога раніше розпочати СЛР випадковим свідком. Непрямий масаж серця є ключовим компонентом ефективної СЛР, як широко доступного засобу для забезпечення перфузії органів під час зупинки

	Відповідно до Рекомендацій щодо проведення реанімації ILCOR, ЄРР рекомендує ступінь компресії грудної клітки від 100 до 120 хв -1 та глибину компресії 5-6 см, уникаючи нахилиння(спирання) на грудну клітку між натисканнями. Тверда поверхня Відповідно до Рекомендацій щодо реанімації ILCOR, ЄРР пропонує, коли це можливо, виконувати непрямий масаж серця на твердій поверхні. У стаціонарних умовах НЕ рекомендується переміщувати пересувати пацієнта з ліжка на підлогу. ЄРР не рекомендує використовувати щит. 4.Штучне дихання <u>Співвідношення натискань та вдихів (CV)</u> Рекомендація ILCOR щодо реанімації, яка передбачає співвідношення серцевих скорочень 30: 2 порівняно з будь-яким іншим співвідношенням серцевих скорочень у пацієнтів із зупинкою серця , залишається чинною та формує основу для керівних принципів ЄРР щодо чергування 30 натискань та 2 вдихів. <u>СЛР з виключно непрямим масажем серця</u> Роль вентиляції та оксигенації на початковій стадії реанімації після зупинки серця залишається предметом дискусій. Виходячи з цього огляду, ILCOR пропонує, щоб сторонні люди, навчені, здатні та готові виконувати штучне дихання та непрямий масаж серця, робили це для всіх дорослих пацієнтів із зупинкою серця. ILCOR рекомендує особам, що надають ЕПМД, проводити СЛР із 30 натисканнями на та 2 вдихами (співвідношення 30: 2) <u>або безперервними натисканнями на грудну клітку з штучним диханням з позитивним тиском, без призупинення(припинення) непрямого масажу серця, поки не буде встановлена ендотрахеальна трубка або надглотковий(надгортанний) пристрій</u> 5.АЗД Як знайти АЗД • Місце розташування АЗД повинне бути вказано чіткою та інформативною вивіскою. Коли і як використовувати АЗД • Як тільки АЗД надійде(буде доступний), або якщо такий вже є на місці,(де наявний постраждалий з зупинкою серця) зупинки серця, увімкніть його.	серця. Ефективність непрямого масажу серця залежить від правильного положення рук та глибини натискання стискання на грудну клітку, швидкості та ступеня її віддачі. Будь-які паузи під час натискань на грудну клітку означають паузи у перфузії органів, і, отже, їх потрібно звести до мінімуму, затримавши ішемію внутрішніх органів ішемічну травму. <i>Існують значні відмінності в анатомії між окремими особами та залежать від віку, індексу маси тіла, вроджених хвороб серця, вагітності, і , таким чином , одна конкретна стратегія розміщення рук може не забезпечити оптимальну компресію для цілого ряду осіб. Ці висновки змусили ILCOR зберегти свої поточні рекомендації та продовжувати пропонувати виконувати непрямий масаж серця у нижній половині груднини у дорослих під час зупинки серця</i> Рекомендація натискати на глибину 5-6 см є компромісом між спостереженнями за поганими результатами під час неглибоких натискань та збільшенням частоти пошкоджень у разі натискань з більшою глибиною. С твердою основою.

	• Прикріпіть електродні прокладки(наліпки) до оголеної грудної клітки постраждалого відповідно до положення, вказаного на АЗД або на прокладках(наліпках). • Якщо на місці події знаходиться більше одного рятувальника, продовжуйте СЛР, поки іншим рятувальником прикріплюються прокладки(наліпки). • Дотримуйтесь голосових (та/або візуальних) підказок АЗД. • Переконайтеся, що ніхто не торкається до постраждалого в той час, коли АЗД аналізує серцевий ритм. • Якщо пристрій показує подачу (сигналізує про необхідність подачі)розряду, переконайтеся, що ніхто не торкається постраждалого та натисніть кнопку подачі розряду, як буде запропоновано. Після голосового підтвердження приладом відправки розряду негайно повторіть(розпочніть) СЛР із 30 натисканнями на грудну клітку. та штучною вентиляцією легень. • Якщо пристрій не показує подачу розряду, негайно повторіть(розпочніть) СЛР із 30 натисканнями на грудну клітку. та штучною вентиляцією легень. • У будь-якому випадку продовжуйте СЛР, як це запропоновано АЗД. Перед тим, як АЗД запропонує подальшу паузу в проведенні СЛР для аналізу ритму, СЛР триватиме 2 хвилини. Буде період СЛР (зазвичай 2 хвилини). Натискання на грудну клітку перед дефібриляцією • Продовжуйте СЛР, доки АЗД (або інший дефібрилятор) не прибуде на місце події та не буде ввімкнений та прикріплений (приєднаний) до постраждалого. • Як тільки дефібрилятор буде готовий, не відкладайте дефібриляцію та негайно її проведіть для проведення додаткової СЛР. Відповідно до Рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує продовжувати СЛР до тих пір, поки АЗД не буде на місці, не буде ввімкнено та прикріплено(приєднано) до постраждалого, але дефібриляція повинна проводитися без затримки для додаткової СЛР. Безпека АЗД • Багато досліджень дефібриляції у громадських місцях показали, що АЗД можуть безпечно використовуватись	Відповідно до рекомендацій ILCOR щодо реанімації, ЄРР рекомендує чергувати 30 натискань та 2 вдихи під час проведення СЛР як для рятувальником-непрофісіоналом, так і професіоналом-виключення-пандемія Ковід-19. Повністю автоматичні АЗД (Зараз випускають тільки полу -автоматичні) • Повністю автоматичні АЗД призначені для подачі розряду без будь-яких подальших дій з боку рятувальника. Однак безпека повністю автоматичних АЗД під час їх використання не була належним чином вивчена. АЗД (автоматизований зовнішній дефібрилятор або, рідше його називають, автоматичний зовнішній дефібрилятор) - це портативний пристрій на батарейках з клейкими (наліпками)прокладками, які

	сторонніми особами та особами, які першими реагують на нещасний випадок. Незважаючи на те, що пошкодження(ураження) осіб, які виконують СЛР, від удару струмом під час використання дефібрилятора дефібрилятором трапляються вкрай рідко, не продовжуйте (виконуйте) натискання на грудну клітку під час подачі розряду. Безпека • Переконайтесь, що ви, постраждалий та будь-хто з сторонніх спостерігачів знаходяться у безпеці. • Непрофесіонали повинні розпочати СЛР як для передбачуваної (при підозрі)зупинки серця, не побоюючись завдати шкоди постраждалому, у якого зупинка серця, можливо, відсутня. • Непрофесіонали можуть безпечно виконувати непрямий масаж серця та використовувати АЗД, оскільки ризик зараження(ураження) під час натискання на грудну клітку та шкода від випадкового удару струмом під час використання АЗД дуже низькі. • Розроблено окремі керівні принципи щодо реанімації постраждалих із підозрою або підтвердженим гострим респіраторним синдромом коронавірусу 2 (SARS-CoV-2). See www.erc.edu/covid. Розміщення електродів ILCOR продовжує рекомендувати накладати плоскі електроди на відкриту грудну клітку в передньо-латеральному положенні. Прийнятним альтернативним положенням є передньо-заднє. У осіб з великим розміром грудної клітки доцільно розміщувати лівий електрод збоку або під лівою частиною грудей, уникаючи тканин молочної залози. Відповідно до Рекомендацій ILCOR щодо реанімації та з метою уникнення плутанини особі, яка використовує АЗД, робоча група ЄРР БРЗ рекомендує прикріпити електроди до оголеної грудної (стінки)клітки постраждалого з використанням передньо-бічного положення, як показано на АЗД.	прикріплені(прикріплюють ься) до грудної клітки(стінки) пацієнта для виявлення та оцінки серцевого ритму після підозри на(щодо)зупинки серця. Іноді може знадобитися поголити грудну клітку(стінку), якщо вона дуже волохата(волосиста) та/або електроди не будуть міцно прилипати. Якщо ритмом є фібриляція шлуночків (або безімпульсна шлуночкова тахікардія), оператору(рятувнику) подається звуковий або звуковий та візуальний запит(сигнал) про подання заряду(необхідність розряду) постійного струму. За інших серцевих ритмів (включаючи асистолію та нормальний ритм) розряд не рекомендується. Подальші підказки повідомляють оператору(рятувнику), коли розпочинати та зупиняти СЛР. АЗД дуже точно інтерпретують серцевий ритм і є безпечними та ефективними, якщо ними користуються навіть непрофесіонали. Ймовірність виживання після ПЛЗС може бути помітно збільшена, якщо постраждалому негайно проводять СЛР та застосовують дефібрилятор. АЗД дозволяють неспеціалістам(непрофесіоналам) робити спроби дефібриляції після зупинки серця за багато хвилин до прибуття професійної допомоги. Кожна хвилина затримки

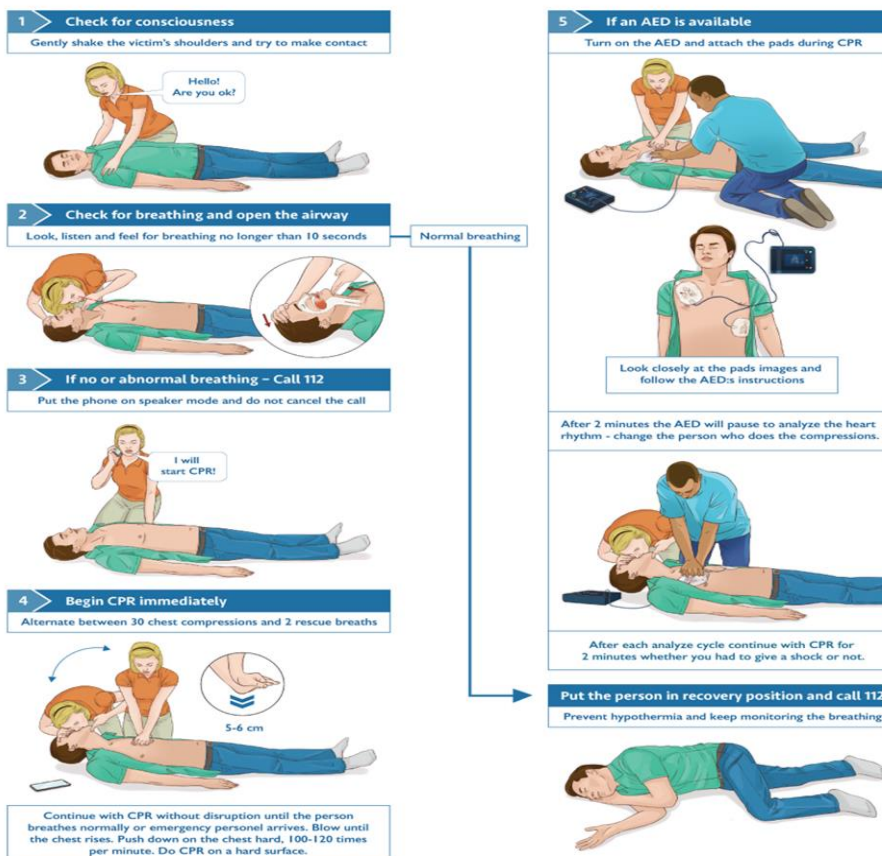
		початку проведення СЛР зменшує ймовірність успішної реанімації приблизно на 3-5%. Консенсус ILCOR щодо даних наукових досліджень та рекомендацій з реанімації (2020 р.) дав настійну рекомендацію стосовно підтримки впровадження програм дефібриляції у громадських місцях для пацієнтів з ПЛЗС. У науковій заяві ILCOR про загально доступну дефібриляцію розглядаються ключові заходи (раннє виявлення, оптимізація доступності, ознаки, нові методи реанімації, обізнаність громадськості, реєстрація пристроїв, мобільні застосунки для пошуку АЗД та загального доступу до дефібриляції тощо), яку слід розглядати як частину всіх програм дефібриляції загального доступу. Слід враховувати швидке видалення надмірного волосся на грудях перед накладанням електродів, проте акцент повинен робитися на мінімізації затримки подачі розряду. Існує недостатньо доказів для рекомендації конкретного розміру електрода для оптимальної зовнішньої дефібриляції у дорослих. Однак доцільно використовувати електрод розміром більше 8 см.(у діаметрі?)
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

Дії при зупинці кровообігу в позалікарняних умовах



ADULT CPR

According to European CPR guidelines



Learn how to save lives! Visit www.hlr-experten.se
There you will find free CPR posters, books and articles regarding CPR.
Train your staff in CPR, we have qualified instructors with real life experience.
Learn what to do if somebody chokes, drowns or suffers a cardiac arrest.

HLR EXPERTEN
brandskydd & första hjälpen

БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ КРОК ЗА КРОКОМ



ПОСЛІДОВНІСТЬ ДІЙ		ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ
БЕЗПЕКА		Упевніться, що Ви, постраждалий та усі присутні у безпеці
РЕАКЦІЯ Перевірте наявність реакції		Обережно потрясіть постраждалого за плече та голосно зверніться до нього: «З Вами все гаразд?»
ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ Відкрийте дихальні шляхи		- Якщо постраждалий не реагує, поверніть його на спину - Закиньте голову постраждалого назад, поклавши долоню однієї руки на лоб та піднявши підборіддя кінчиками пальців іншої руки
ДИХАННЯ «Почуйте, побачте та відчуйте» дихання		- Протягом не більше ніж 10 секунд визначте наявність дихання за допомогою прийому «чути, бачити, відчувати» - Поодинокі, рідкі, повільні та гучні «подихи» у постраждалого не є нормальними.
ВІДСУТНЄ АБО ПАТОЛОГІЧНЕ ДИХАННЯ Виклик екстреної медичної допомоги		- Якщо дихання відсутнє, або не є нормальним, попросіть присутніх викликати бригаду екстреної медичної допомоги, або зробіть це самостійно - За можливості не залишайте постраждалого - Активуйте на телефоні гучномовець, або режим «вільні руки» задля одночасного проведення СЛР та спілкування з диспетчером швидкої допомоги
ЗНАЙДІТЬ АЗД Відправте когось за найближчим АЗД		- Відправте когось з присутніх за найближчим автоматичним зовнішнім дефібрилятором (АЗД), якщо такий є в наявності - Якщо Ви наодинці, НЕ ЗАЛИШАЙТЕ постраждалого та розпочинайте СЛР
КРОВООБІГ Розпочніть компресії грудної клітки		- Схиліться до постраждалого з однієї сторони - Покладіть основу однієї долоні у центр грудної клітки постраждалого, що відповідає нижній половині грудини - Основа другої долоні покладіть над першою та зчепіть пальці в замок - Тримайте руки випрямленими - Розташуйтесь вертикально над грудною кліткою постраждалого та натискайте на грудину з глибиною компресій не менше 5 см (але не більше 6 см) - Після кожної компресії звільняйте грудну клітку від тиску, не відриваючи Ваші руки від грудини - Повторюйте в темпі 100-120 рухів за 1 хвилину

БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ КРОК ЗА КРОКОМ



КОМБІНІТЕ ШТУЧНЕ ДИХАННЯ З КОМПРЕСІЯМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ 	• Якщо у Вас є відповідна підготовка, після 30 компресій знову відкрийте дихальні шляхи використовуючи закидання голови та підйом підборіддя • За допомогою руки, що розташована на лобі, затисніть ніс постраждалого вказівним і великим пальцем • Дозвольте роту бути відкритим, але підтримуйте підборіддя • Зробіть нормальний вдих та обхопіть рот постраждалого Вашими губами таким чином, щоб це було герметично • Рівномірно вдувайте повітря, спостерігаючи за підйомом грудної клітки, що має тривати приблизно 1 секунду, як при нормальному диханні. Ефективним вважається саме такий штучний вдих • Підтримуючи голову закинutoю, а підборіддя піднятим, відірвіть свого рота від рота постраждалого та спостерігайте чи опускається його грудна клітка під час видиху • Ще раз зробіть нормальний вдих та вдувайте ще раз у рот постраждалого для досягнення двох повних штучних вдихів. • Не переривайте компресії грудної клітки більш як на 10 секунд для виконання штучних вдихів, навіть якщо один або обидва з них є неефективними • Далі поверніть Ваші руки у правильну позицію на грудину постраждалого та робіть наступні 30 компресій грудної клітки • Продовжуйте компресії грудної клітки та штучне дихання у співвідношенні 30:2
СЛР «ТІЛЬКИ КОМПРЕСІЇ» 	• Якщо у Вас немає відповідної підготовки, або Ви не маєте можливості проводити штучне дихання, виконуйте СЛР за принципом «тільки компресії» (безперервні компресії у темпі 100-120 рухів за 1 хвилину)
КОЛИ НАДІЙШОВ АЗД Увімкніть АЗД та накладіть електроди 	• Як тільки надійде АЗД, увімкніть його живлення та накладіть електроди на оголену грудну клітку постраждалого • Якщо допомогу надає більше ніж одна особа, СЛР має продовжуватися з накладеними на грудну клітку електродами
ДОТРИМУЙТЕСЬ ГОЛОСОВИХ/ ВІЗУАЛЬНИХ ВКАЗІВОК 	• Дотримуйтесь голосових та візуальних вказівок зовнішнього автоматичного дефібрилятора • Якщо пропонується застосувати розряд, упевніться що до постраждалого ніхто не торкається • Натисніть на кнопку розряду відповідно до вказівок • Після цього негайно відновіть СЛР та продовжуйте відповідно до вказівок АЗД

БАЗОВА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ КРОК ЗА КРОКОМ



ЯКЩО ВИКОРИСТАННЯ РОЗРЯДУ НЕ ЗАПРОПОНОВАНО Продовжуйте СЛР 	• Якщо застосування розряду не пропонується, негайно відновіть СЛР та продовжуйте відповідно до вказівок АЗД
ЯКЩО АЗД НЕ ДОСТУПНИЙ Продовжуйте СЛР 	• Якщо АЗД не доступний, АБО Ви очікуєте його надходження, продовжуйте СЛР • Не переривайте реанімаційні заходи доки: • медичний працівник не скаже Вам зупинитися АБО • постраждалий безсумнівно почне приходити до свідомості, рухатися, відкривати очі та нормально дихати АБО • Ви не втомитеся • Робота серця під час СЛР відновлюється рідко. Продовжуйте СЛР за виключенням повної впевненості у відновленні свідомості постраждалого. • Ознаки відновлення свідомості постраждалим: • пробудження • рухи • відкривання очей • нормальне дихання
ЯКЩО ПОСТРАЖДАЛИЙ НЕ РЕАГУЄ, АЛЕ НОРМАЛЬНО ДИХАЄ Перемістити у стабільне положення 	• Якщо Ви впевнені, що постраждалий нормально дихає, але залишається без свідомості, перемістіть його у стабільне положення ДИВИСЬ РОЗДІЛ «ПЕРША ДОПОМОГА» • Будьте готові відновити СЛР негайно, якщо постраждалий не реагуватиме на подразники, матиме патологічне або відсутнє дихання

INFANT AND CHILD CPR

INFANTS 0 – 1 YEAR

1 Check for consciousness

Try to make contact with the infant and shout for help



2 Check for breathing and open the airway

Look, listen and feel for breathing no longer than 10 seconds



3 No or abnormal breathing

Give 5 rescue breaths until the chest rises - blow carefully



4 Begin CPR – call 112 after one minute

Alternate between 30 chest compressions and 2 rescue breaths



Call 112 after one minute of CPR. Continue with 30 compressions and 2 rescue breaths until the child breathes normally or emergency personnel arrives. Cardiac arrest in children is often due to lack of oxygen, therefore give 5 rescue breaths before CPR begins.

Connect an AED if it is available

Place the child pads in the following way on children up to 25 kg



Learn how to save lives! Visit www.hlr-experten.se

There you will find free CPR posters, books and articles regarding CPR. Train your staff in CPR, we have qualified instructors with real life experience. Learn what to do if somebody chokes, drowns or suffers a cardiac arrest.

CHILDREN 1 YEAR – PUBERTY

1 Check for consciousness

Try to make contact with the child and shout for help



2 Check for breathing and open the airway

Look, listen and feel for breathing no longer than 10 seconds



3 No or abnormal breathing

Give 5 rescue breaths until the chest rises - blow carefully



4 Begin CPR – call 112 after one minute

Alternate between 30 chest compressions and 2 rescue breaths



Call 112 after one minute of CPR. Continue with 30 compressions and 2 rescue breaths until the child breathes normally or emergency personnel arrives. Cardiac arrest in children is often due to lack of oxygen, therefore give 5 rescue breaths before CPR begins.

Put the child in a recovery position and call 112

Prevent hypothermia and keep monitoring the breathing

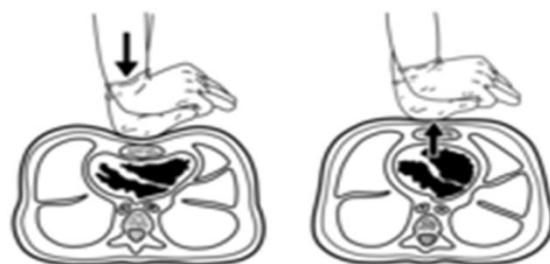


Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання:

Протипоказання:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка спеціального манекену для дефібриляції. Підготовка дефібрилятора-монітора. Перевірка наявності гелю, серветок. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Масаж серця – штучне стискування його порожнин, що сприяє проштовхуванню крові в кровеносне русло і подразнює нервовий апарат серцевого м'яза. У потерпілих, що перебувають в стані клінічної смерті, у результаті різкого зниження м'язового тону грудна клітка набуває підвищеної рухливості, і оскільки серце розташовується між грудиною і хребтом, то під час натискання на передні відділи грудної клітини воно може бути здавлене настільки, що кров із його порожнини вичавлюється в судини, а за припинення стискування серце розправляється, і в його порожнини надходить нова порція крові з вен. Натискати необхідно швидким поштовхо-подібним рухом. Після кожного такого поштовху руки необхідно прибрати, для того, щоб грудна клітка змогла розправитися безперешкодно. Саме в цей час серце заповнюється венозною кров'ю; Неодноразово повторюючи таку маніпуляцію, можна штучно підтримувати кровообіг у судинах.	Обмеження доставки кисню до серця та до головного мозку зв'язано в основному з дуже низьким серцевим викидом, а не з дефіцитом кисню в легенях. Тому в перші хвилини раптової зупинки серця непрямий масаж більш важливий, ніж ШВЛ 87,5% часу СЛР повинні займати компресії грудної клітки . Основний акцент в сучасних рекомендаціях робиться на мінімізації будь-яких пауз, які припиняють проведення компресії грудної клітини, оскільки правильно проведена компресія грудної клітки є запорукою успіху реанімаційних заходів. Протекція (захищення) дихальних шляхів від аспірації шлунковим вмістом внаслідок регургітації- повітропроводи з роздутою манжетою в трахеї нижче голосових зв'язок(напр..інтубаційн а трубка) дослідження показало, що глибина компресії в діапазоні 4-5,5 см асоціювалася з



Фундаментальною проблемою штучної підтримки кровообігу є дуже низький (менше 30% від норми) рівень серцевого викиду, створюваного при компресії грудної клітини. Правильно проведена компресія забезпечує підтримку систолічного артеріального тиску на рівні 60-80 мм рт.ст., в той час як АТ діастолічний рідко перевищує 40 мм рт.ст. і, як наслідок, обумовлює низький рівень мозкового (30-60% від норми) і коронарного (5-20% від норми) кровотоку.

При проведенні компресії грудної клітини коронарний перфузійний тиск підвищується тільки поступово і тому з кожною черговою паузою (наприклад ШВЛ Рот до Роту), воно швидко знижується.

Необхідно мінімум 20 компресій, щоб досягти максимально можливого рівня системної гемодинаміки.

У зв'язку з цим було показано, що відношення числа компресій до частоти дихання, що становить 30:2, є найбільш ефективним (Реанімація дитини (1-2-ма рятівниками-15 компресій : 2 вдиха):

а) співвідношення числа компресій до частоти дихання без протекції (захищення) дихальних шляхів, як для одного, так і для двох реаніматорів повинно

найкращим рівнем виживання. Глибина більше 6 см була пов'язана з великою кількістю ускладнень. Максимально високий рівень виживання спостерігався у пацієнтів, яким проводилась компресія з частотою 100- 120 / хв. При компресіях грудної клітини нижню частину груднини сжимати на одну третину передне-заднього діаметру грудної клітини (4 см для новонароджених і 5 см для дітей старше року). 2019 р. у розділі «Якість СЛР» у реченні «Особи, що здійснюють компресію грудної клітки мають чергуватися кожні 2хв або частіше у випадку втоми» слово (чергуватись) замінене на (замінюватись).

	складати 30 : 2 і здійснюватися з паузою на проведення ШВЛ (ризик розвитку аспірації!)-синхронізовано (тобто, послідовно) .Продовженність штучного вдиху біля 1 сек, видиху.- біля 1 сек. Всього на 2 вдиха-видоха до 5 сек. Після кожного натиснення слід дозволити повернутися грудній клітці у висхідне положення та мінімізувати перерви між натисненнями на грудну клітку. При проведенні штучного вдиху слід витрачати на нього приблизно 1 секунду з достатнім об'ємом для видимого підняття грудної клітки. <u>Не слід переривати натиснення на грудну клітку більш ніж на 5 секунд для проведення штучного дихання.</u> б) з протекцією дихальних шляхів (інтубація трахеї) – компресія грудної клітки повинна проводитися із частотою 100-120/хв, вентиляція – з частотою 10/хв (у разі використання мішка Амбу – 1 вдих кожні 6 с) без паузи при проведенні ШВЛ (оскільки компресія грудної клітки з одночасним роздуванням легенів збільшує коронарний перфузійний тиск)- асинхронно (тобто паралельно). Дихальний об'єм 6-7 мл/кг з частотою 10 вдихів/хв. Глибина компресії не менше 5 см, але не більше 6 см. Частота компресій повинна становити 100-120 в 1 хвилину з мінімізацією, наскільки це можливо, пауз. Забезпечення після компресії грудної клітини її повної декомпресії, не допускаючи руками опору, при цьому руки не повинні відриватися від грудної клітини. Умови виконання закритого масажу серця: Хворий продовжує залишатися на твердій поверхні (підлозі, кушетці, спеціальному реанімаційному щиті, функціональному ліжку з твердою підставкою під грудною кліткою), голова – шия – грудна клітка знаходяться в одній площині. Нижні кінцівки (якщо немає видимих переломів) підняті на 20-25% над поверхнею з метою збільшення переднавантаження (ефективно при гіповолевмічному шоці).	

Положення під час проведення СЛР



Проведення непрямого (закритого, зовнішнього) масажу серця:

- 1 Встаньте на коліна збоку від потерпілого
- 2 Покладіть долоню однієї руки(ділянку основа кісті(тенар-гіпотенар)

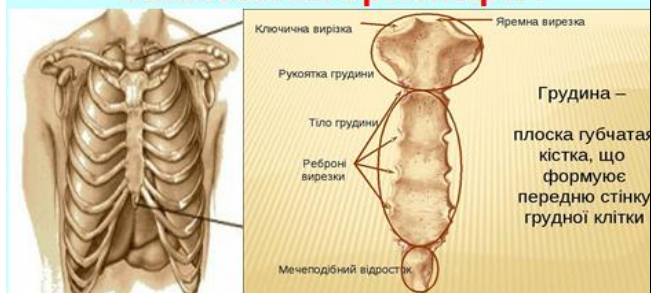
Анатомічні орієнтири :



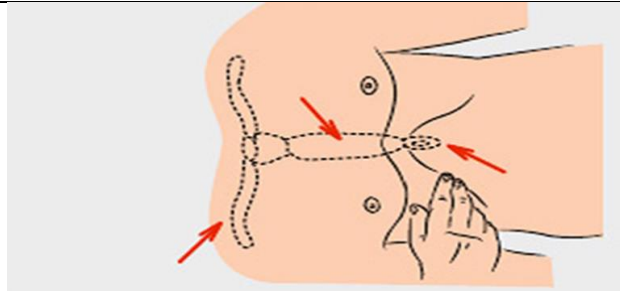
- -тенар – підвищення в основі великого пальця;
- гіпотенар – підвищення в основі мізинця
- -основа кісті

свої неактивної руки покласти на визначену ділянку груднини- (на середину грудної клітки),

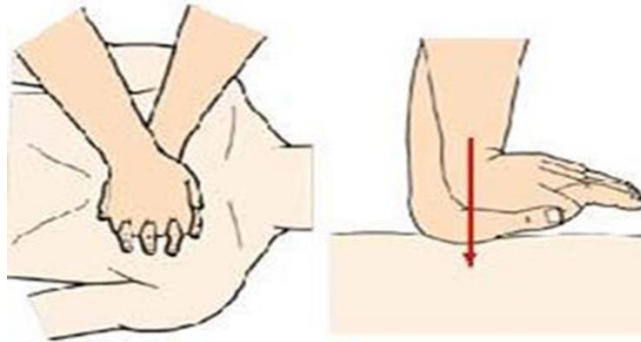
Анатомічні орієнтири :



- -Яремна вирізка
- -середина груднини
- -мечо-подібний відросток



а зверху покласти долоню другої руки .



3 Стежте, щоб рука не змістилася: нижче, туди, де грудина переходить у мечоподібний відросток, бо цю кістку можна легко зламати убік від середньої лінії тулуба, оскільки тиск на ребра призведе до їх переломів

4 Покладіть кисть другої руки на першу так, щоб мізинці утворили кут 45° , або затисніть руки в «замок» — такі дії посилять тиск

5 Почніть масаж — ритмічні натиски (компресії) на грудну клітку, при цьому рук не згинати, а використовувати для компресії масу свого тіла.

6 Не відривайте кисті рук від грудної клітки після натиску, а після поштовху припиняйте компресії, щоб грудина повернулася у вихідне положення

7 Стежте за тим, щоб кількість натискань була в межах 100—120 за хвилину

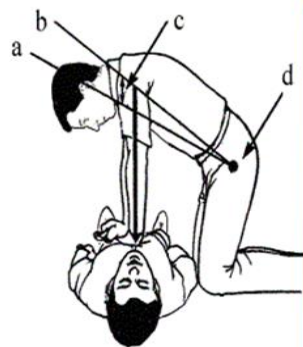


**Рис. 1. Техніка виконання
непрямого масажу серця**

a — нижнє положення,
b — верхнє положення,
c — амплітуда 5-6 см
d — тазобедровий сугуст



СЛР у вагітних: завжди пам'ятай про «синдром нижньої порожнистої вени» при строки вагітності більше 20 тижнів!

При погіршенні стану вагітної необхідно:

- Покласти її на лівий бік або відхилити матку вліво, або валик під праву сідницю (15°).
- Інгаляція 100% кисню.
- В/в болюс 500 мл фіз. розчину.
- Викликати акушера-гінеколога.

Особливості проведення СЛР у вагітних



1. У вагітних (36-39 тижень) велика матка в лежачому положенні стискає великі судини (синдром аортокавальної компресії).
2. Змістити матку вліво та підкласти валик під праву сідничну ділянку.
3. Чітко дотримуватися параметрів вентиляції та сили компресій грудної клітки при зовнішньому масажі серця – небезпека пошкодження печінки, матки.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ У ВАГІТНИХ

- Left lateral tilt - 30 degrees using wedge (hard) of predetermined angle. Eg. Cardiff wedge
- Manual left uterine displacement, with the patient in supine, also relieves aortocaval compression.
- Left uterine displacement - patient's left side with the 2-handed technique
- The patient's right side with the 1-handed technique, depending on the positioning of the resuscitation team.
- If chest compressions remain inadequate after lateral uterine displacement or left-lateral tilt, immediate emergency cesarean section should be considered.

Cardiff Wedge

- Reeves and Willis in 1990 recommended the fetus achieved with chest compression the upper, lower back and pelvic region, right as compared to normal CVD.
- After work led to the development of the Cardiff wedge.
- Designed as 30° as per the only position (15°) in pregnant patients.
- If no wedge available, rolled up bed sheet under patient's right hip or knee of rescue team member under patient's right hip.
- Also can try manual displacement of uterus up and to the left (push the fundus up and to the left) during the resuscitation.

Проведене дослідження у інтубірованих пацієнтів показало, що при правильно проведеної компресії грудної клітини

	дихальний обсяг становить лише 40 мл, що є недостатнім для адекватної вентиляції. Це положення є обґрунтуванням, який не дозволив включити в нові рекомендації так звану безвентиляційну СЛР, і як і раніше рекомендується навчання непрофесіоналів стандартному комплексу СЛР, що включає в себе компресію грудної клітини і штучне дихання рот в рот. Однак у випадках, коли реаніматор не вміє або не бажає проводити штучне дихання рот в рот, від нього вимагається проведення тільки однієї компресії грудної клітини.	
	«Hands only» • Компресії груднини, можливо, забезпечують не тільки кровообіг, а також і дихання, завдяки рухам грудної стінки. Але об'єм такого вдиху не більше 40 мл. • Протокол «тільки руки» (англ. «hands only») в перші хвилини первинної зупинки серця дозволений для реаніматорів, які не володіють прийомами штучного дихання. • Це зроблено для того, щоб не володіння штучним диханням або бридливості не стримували потенційних реаніматорів від компресій груднини. Нагадування • Глибина-5-6 см • Частота-100-120 в хв(110) • Переривання масажу серця(МС) для проведення вдихів не бажане. • Дефібриляція та медикаментозна підтримка-якомога раніше. • Переривання масажу серця(МС) тільки для дефібриляції не >5 сек. • Процент компресій по часу не менше 80 % від часу всієї СЛР. • Для забезпечення прохідності дихальних шляхів- ларингеальна маска. • Продовженість компресії-60% від довжини циклу. • Для підвищення венозного возврату підняти нижні кінцівки .Після інтубації-надавлювати в проекції брюшної аорти. • Контроль розправлення грудної клітки між компресіями • Міняти кожні 2 хвилини(Знижується якість компресій). • Контроль якості масажу- пульс на магістральних судинах під час компресії.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

3. Відкривання роту, ревізія ротової порожнини, очищення ротової порожнини.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Цю маніпуляцію застосовують тільки щодо непритомних (щоб уникнути блювотного рефлексу) і тільки якщо видно сторонній предмет у ротовій порожнині пораненого.

Протипоказання: Виражені рото-глоткові рефлексі. Тризм.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Катетери для відсмоктування ,відсмоктувач, флакон із розчином дезінфектанту.	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	<u>1. Перша дія- Відкривання роту, ревізія ротової порожнини.</u> А. Прийом схрещених пальців. а. Однією рукою: Реаніматолог стає з головного кінця збоку від хворого, уводить вказівний палець у кут рота потерпілому і натискає ним на верхню щелепу. Потім напроти вказівного розташовує великий палець по лінії нижніх зубів і форсовано відкриває рот потерпілого.  Б. Двома руками. Мал-7 <u>2. Прийом: палець позаду зубів (Сафар-2). Мал-8</u> При значному скороченні (напруженні) жувальних м'язів. Вказівний палець лівої руки вводять позаду молярів і відкривають рот, впершись на лоб правою рукою	Методи відновлення прохідності дихальних шляхів: 1-й момент — А. максимальне розгинання голови в атлanto-окципітальному з'єднанні; 2-й момент- Б. Рот відкривають за допомогою одного з трьох прийомів 3-й момент- В. Виведення нижньої щелепи.

Після відкриття ротової порожнини, в якій є сторонні тіла, їх видаляють.



Мал. 7.



Мал. 8.



3.Прийом підняття щелепи з язиком (Гордон)
у постраждалих із повністю релаксованими
жувальними м'язами. Мал.6.

Великий палець лівої руки реаніматор
вводить в рот потерпілому і кінчиком пальця
натискає на корінь язика.

Інші пальці захоплюють нижню щелепу,
підборіддя і піднімають її з язиком в верх.

Рот відкривається.

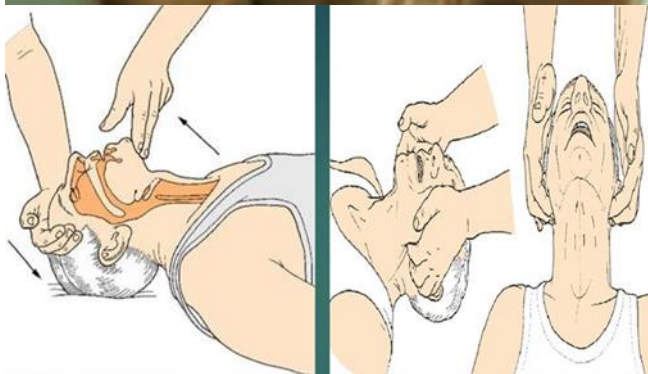


Мал. 6.

Найбільш
рекомендований спосіб.



4. Відкривання рота тиском руки на лоб с одночасним висуванням нижньої щелепи, захопивши за підборідочну ямку пальцями другої руки.



► Для розкриття ротової порожнини повністю розслабленими жувальними м'язами прийом підняття щелепи.

2. Друга дія – очищення ротової порожнини: -постраждалого покласти на тверду поверхню, повернути голову на бік;

Використання відсмоктувачів:

1. Механічних (з ручним або ножним приводом).
2. Електричних.
3. Вакуумних.

Використання катетерів аспіраційних: -без вакуум-контролю;
- з вакуум-контролем;

-розтулити щелепи та очистити ротову порожнину носовичком(серветкою), намотаний на вказівний та середній пальці правої руки. Або тупфером(серветкою)на корнцангу.

-Очищення ротової порожнини здійснюється коловими рухами за годинниковою стрілкою. Якщо постраждалий лежить на спині, слід розкрити йому рот і, за наявності видимих сторонніх предметів, зубів, уламків лицевих кісток, згустків крові чи блювотних мас, слід їх якнайшвидше видалити пальцями. Слід уникати заштовхування, навіть випадкового, предмета далі в горло пораненого. Якщо в порожнині рота є зубний протез і він цілий, його потрібно залишити, оскільки він зберігає контури роти і забезпечує герметичність лицевої маски під час проведення ШВЛ. Зламаний протез чи зуби потрібно обов'язково видалити.

Якщо в ротовій порожнині є стороння рідина (кров, вода), одночасно голову і тулуб необхідно повернути у правий чи лівий бік, відтягуючи вказівним пальцем кут рота вниз, що полегшує самостійне витікання сторонніх рідин з ротової порожнини. У разі скупчення в порожнині рота значної кількості рідини її видаляють поворотом голови на бік.

Однак така тактика категорично заборонена у випадках ушкодження шийного відділу хребта. Якщо все ж необхідно повернути голову потерпілого на бік, то повертають на бік весь тулуб, підтримуючи голову потерпілого, шию і грудну клітку в одній площині.



Після огляду ротової порожнини і її очищення в постраждалого без підозри на травму голови відновлення прохідності дихальних шляхів здійснюють шляхом

Третя дія (Потрійний прийом Сафара)

	закидання голови назад і піднімання підборіддя	
Заключний етап	Прибрати, продезінфектувати.	

4. Алгоритм виконання -Забезпечення вільної прохідності верхніх дихальних шляхів (потрійний прийом Сафара).

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Відновлення прохідності дихальних шляхів за рахунок профілактики западіння кореня язика.

Протипоказання: травма чи підозра на ушкодження шийного відділу хребта; травма м'яких тканин та кісток обличчя; патологія шийного відділу хребта (анкілозуючий спонділоартрит, ревматоїдний артрит); синдром Дауна; зрощення тіл шийних хребців.

ВВ. Обережне виконання без розгинання голови в атланта-окципітальному з'єднанні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. 	Забезпечується виконання правил безпеки (в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	1. Реаніматор стає з боку голови постраждалого (хворого). 2. Реаніматор розташовує свої руки так, щоб III, IV, V пальці знаходилися під кутами нижньої щелепи з однойменних боків, а ребра долонь - на початку волосистої частини голови на скронях. 3. Вказівні пальці розташовуються під нижньою губою, а великі пальці - над верхньою. 4. Одночасно - • максимальне розгинання голови в атланта-окципітальному з'єднанні; • висунення догори нижньої щелепи та втримання її в такому положенні, коли нижні різці виступають за верхні; • привідкривання рота. <u>Для цього необхідно:</u> • стати біля голови манекена;	• максимальне розгинання голови в атланта-окципітальному з'єднанні; • висунення догори нижньої щелепи та втримання її в такому положенні, коли нижні різці виступають за верхні; • привідкривання рота.

	•ліву руку покласти на підборіддя, праву на чоло; •максимально розігнути голову в атлanto-окципітальному зчленуванні; •нижню щелепу взяти обома руками за кути і висхідні гілки та підняти її догори; •великими пальцями обох рук привідкрити рот на 1,5-2 см.	
Заключний етап	Проведення ШВЛ.	



5. Штучна вентиляція легень повітрям, що видихається .

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Відсутність або неадекватність спонтанної вентиляції.

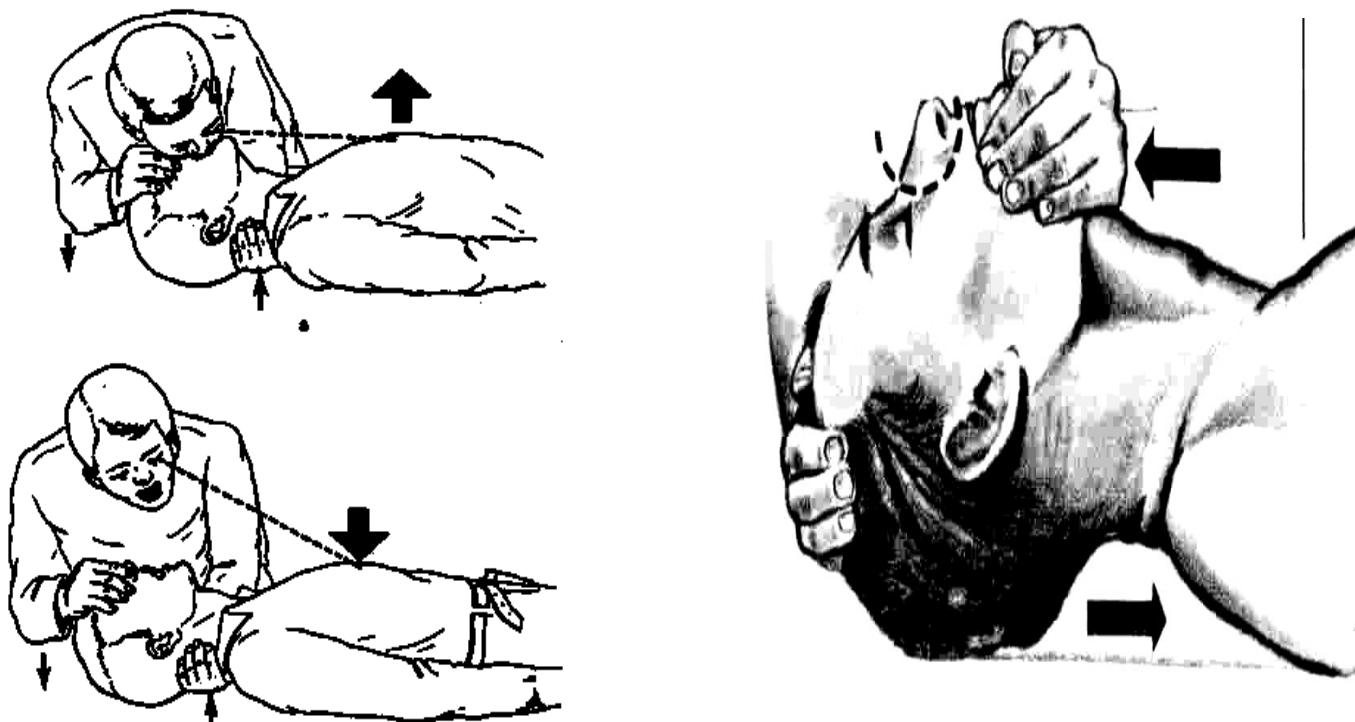
Протипоказання: Підозра на активну або пасивну регургітацію. Неможливість проведення маніпуляцій на голові і шиї..

Відносне протипоказання: Повний шлунок .

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)

Основний етап	1.Алгоритм виконання штучної вентиляції легень методом «Рот до рота». Розмістіть бар'єрний пристрій над ротом постраждалого . • стати збоку біля голови манекена • одну руку підкласти під шию • долонею другої руки впертися в чоло, а пальцями затиснути ніс • різноспрямованими рухами рук розігнути голову в шийно-окципітальному з'єднанні • зробити вдих і щільно своїми губами охопити рот манекена • зробити видих в дихальні шляхи манекена (видих повинен в середньому тривати 1 секунду) • пересвідчитися, що в момент вдиху піднімається грудна клітка • не змінюючи положення голови манекена, підняти свою голову і дати можливість вільного видиху-1 сек. Утримуючи голову відведеною, а нижню щелепу — виведеною вперед, відірвіть свій рот від рота постраждалого й спостерігайте, чи опускається його грудна клітка під час видиху. Ще раз наберіть повітря й аналогічно виконайте другий видих у рот постраждалого. Якщо штучне дихання не спричиняє піднімання грудної клітини, як це буває при нормальному диханні, перед черговою спробою: • перевірте ротову порожнину постраждалого й вилучіть видимі чужорідні тіла; • перевірте, чи голова правильно відведена назад, а щелепа правильно піднята; • виконайте -дві (не більше) спроби штучної вентиляції легень (ефективні чи неефективні) щоразу перед тим, як розпочнете знову натискати на грудну клітку. <u>2.Алгоритм виконання штучної вентиляції легень методом «Рот до носа».</u> Цей метод застосовують у випадку неможливості розкрити рот або в разі його ушкодження. Утримуйте дихальні шляхи прохідними, закрийте рот, розташуйте бар'єрний пристрій над носом постраждалого, виконайте два видихи в тіло постраждалого. • стати збоку біля голови манекена • одну руку покласти на чоло • другою рукою впертися в підборіддя з боку шиї	Важливим у забезпеченні виживання постраждалого під час серцево-легеневої реанімації є те, що 2 вдихи потрібно виконати швидко — до 5 с. Збільшення тривалості штучної вентиляції легень більш ніж протягом п'яти секунд під час серцево-легеневої вентиляції негативно впливає на виживання постраждалих! Саме тому ви маєте навчитися швидко і безпечно виконувати 2 вдихи під час серцево-легеневої реанімації. За цих умов потрібно скористатися бар'єрним пристроєм, який вбереже від контакту зі слизовими оболонками рота або носа постраждалого і можливості зараження інфекцією. Прохідність дихальних шляхів. Контроль ефективності штучної вентиляції легень – наявність екскурсії грудної клітки в момент кожного вдиху! Дихання вищезазначеним методом проводиться із частотою 10 в 1 хв. і приблизним об'ємом 500 мл.

	• підтягуючи нижню щелепу і натискаючи на чоло, максимально запрокинути голову • закрити рот • зробити вдих і щільно охопити своїми губами ніс манекена • видихнути в носові ходи, одночасно слідкуючи за рухами грудної клітки-1 сек. • пересвідчитися, що в момент вдоху піднімається грудна клітка • не змінюючи положення голови манекена, підняти свою голову і дати можливість вільного видиху-1 сек. Відірвіть свій рот від носу постраждалого й спостерігайте, чи опускається його грудна клітка під час видиху. Ще раз наберіть повітря й аналогічно виконайте другий видих у нос постраждалого. Якщо штучне дихання не спричиняє піднімання грудної клітини, як це буває при нормальному диханні, перед черговою спробою: • перевірте носову та ротову порожнину постраждалого й вилучіть видимі чужорідні тіла; • перевірте, чи голова правильно відведена назад, а щелепа правильно піднята; • виконайте-дві (не більше) спроби штучної вентиляції легень (ефективні чи неефективні) щоразу перед тим, як розпочнете знову натискати на грудну клітку.	
Заключний етап	Ускладнення і їх усунення:	-Гостре розширення шлунку повітрям вимагає введення назогастрального зонда для декомпресії. -Регургітація(при атонії та арефлексії)



6. Алгоритм використання АЗД – Автоматичного (напівавтоматичного) зовнішнього дефібрилятора

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Клінічна смерть.

Протипоказання: Відсутність доступного АЗД.

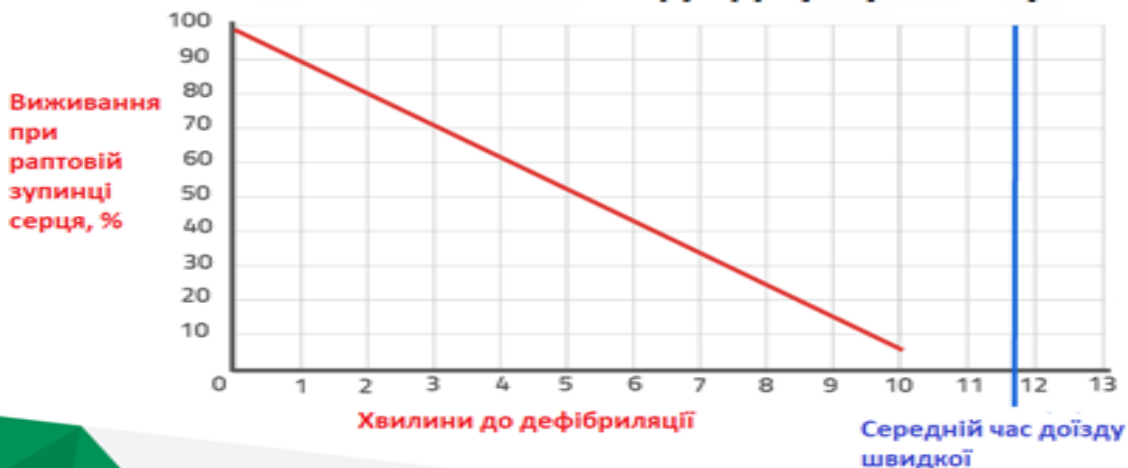
Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка спеціального манекену для дефібриляції. Підготовка АЗД – Автоматичного (напівавтоматичного) зовнішнього дефібрилятора або імітатора АЗД. Перевірка наявності серветок. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Послідовність дій при проведенні серцево-легеневої реанімації з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора не медичними працівниками: 1) переконатися у відсутності небезпеки; 2) визначити наявність свідомості – обережно потрясти постраждалого за плече та голосно звернутися до нього, наприклад «З Вами все гаразд? Як Ви себе відчуваєте?»; 3) якщо постраждалий реагує: а) якщо постраждалому нічого не загрожує, залишити його в попередньому положенні; б) з'ясувати характер події, що сталася; в) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги;	Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16.06.2014 № 398 ПОРЯДОК проведення серцево-легеневої реанімації з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА. ДОГОСПІТАЛЬНИЙ

	г) повідомити диспетчеру інформацію про постраждалого відповідно до його запитань та виконати його вказівки; г) забезпечити нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; <u>4) якщо постраждалий не реагує:</u> а) звернутися до осіб, які поряд, за допомогою; б) якщо постраждалий лежить на животі, повернути його на спину та відновити прохідність дихальних шляхів. Якщо механізмом травми було падіння з висоти, вважати, що у постраждалого є травма в шийному відділі хребта; в) відновити прохідність дихальних шляхів, визначити наявність дихання... Якщо виникли сумніви, що є дихання, вважати, що дихання відсутнє; 5) якщо постраждалий дихає, при відсутності свідомості: а) перемістити постраждалого в стабільне положення; б) викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги; в) забезпечити нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги; <u>6) якщо дихання відсутнє, розпочати проведення серцево-легеневої реанімації та принести зовнішній автоматичний дефібрилятор;</u> 7) відкрити кришку дефібрилятора. Якщо автоматичний дефібрилятор не вмикається автоматично, увімкнути його самостійно; 8) виконувати голосові вказівки автоматичного дефібрилятора: а) приклеїти електроди на грудну клітку постраждалого; б) зачекати доки апарат не здійснить аналіз ритму; в) натиснути кнопку розряду для проведення дефібриляції за умови, що до постраждалого ніхто не торкається; 9) після виконання дефібриляції розпочати/продовжити проведення серцево-легеневої реанімації у співвідношенні 30 натискань на грудну клітку, 2 штучних вдихи; 10) дотримуватись голосових вказівок зовнішнього автоматичного дефібрилятора протягом всього часу проведення серцево-легеневої реанімації; 11) при відновленні ознак життя у постраждалого забезпечити постійний нагляд	ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: Медичний працівник додатково визначає пульсацію на магістральних судинах. На діагностику клінічної смерті відводиться до 10 секунд. Через 15-30 секунд від початку ФШ хворий втрачає свідомість, через 40-50 секунд розвиваються характерні судоми – одночасне тонічне скорочення скелетних м'язів. Розширюються зіниці, досягаючи максимального розміру через півтори хвилини. Дихання типу Гаспінг(поодинокі, рідкі, згасаючі за силою "подихи", які спостерігаються при агонії, у заключній стадії асфіксії. "Подихи" виникають після тимчасової зупинки дихання (претермінальної паузи). Припиняється на другій хвилині клінічної смерті).

	до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Електроди залишити на грудній клітці; 12) при повторній зупинці серця до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснювати послідовність дій, передбачених підпунктами 7–11 цього пункту.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

В перші 3 хв.СЛР без дефібриляції – Шанси на виживання знижуються на 7 % , потім на 10 %= через 11 хв.шанс -0

Не зволікай! Знайди дефібрилятор!





7. Алгоритм виконання прийому Геймліха у дорослих.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр.

Показання: Прийом Геймліха використовують у випадку обтурації дихальних шляхів стороннім тілом на рівні гортані, глотки і верхнього відділу трахеї.

Протипоказання: Не має.

А.Проведення прийому в стоячому положенні пацієнта:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Інструктаж імітатора. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	1.Голосне дихання, потерпілий може говорити (свідчать про часткову непрохідність верхніх дихальних шляхів). Спонукайте словами пацієнта до інтенсивного кашлю та спостерігайте. 2.Потерпілий не може говорити (свідчить про майже повну непрохідність), при збереженій свідомості . Станьте зліва від пацієнта (якщо ви лівша, то справа) та трохи позаду: - покладіть ліву руку на його грудну клітку спереду, а правою сильно нахиліть вперед; - наносіть лівою долонею енергійні удари в міжлопаткову ділянку та перевіряйте, чи фрагмент (стороннє тіло) з'явився в ротовій порожнині; <i>NB.Зараз не наносять удари або з великою обережністю. Поки самотійно кашляє-не заважаєти.</i> -якщо ні, повторіть максимально 5 разів. Якщо прохідність не відновилась: - то обхопіть руками тулуб потерпілого в нижній частині грудної клітки та здійснюйте ритмічні стискання ; <i>NB.Якщо удавлення настало у жінки на пізній стадії вагітності або людина зі значним абдомінальним ожирінням - покладіть руки на нижню частину</i>	1.Діагностика-спостереження. 2.Діагностика- діяти негайно. Зручніше. <i>Щоб не проитовхнути стороннє тіло в нижні відділи дихальних шляхів.</i> <i>Небезпека для плоду. Не можливо фізично.</i>

	грудини(вважати на мечеподібний відросток). -дуже енергійно тягніть руки на себе та вгору, так щоб натисканням на діафрагму спричинити підвищення тиску в грудній клітці до видалення стороннього тіла; -якщо ні, повторіть максимально 5 разів. У разі потреби далі виконуйте поперемінно з ударами в міжлопаткову ділянку спини по 5 разів.підтримуючи потерпілого . Контролювати вертикальне положення тіла.При можливій втраті свідомості обережно покласти на спину на тверду поверхню.	
Заключний етап	Б.Проведення прийому при лежачому положенні пацієнта:	

CONSCIOUS CHOKING

Cannot Cough, Speak, Cry or Breathe

After checking the scene for safety and the injured or ill person, have someone CALL 9-1-1 and get consent. For children and infants, get consent from the parent or guardian, if present.

1 GIVE 5 BACK BLOWS

■ Adult:



■ Child:



■ Infant:



2 GIVE 5 ABDOMINAL THRUSTS

■ Adult:



■ Child:



■ Infant: (chest thrusts for infant)



TIP: For infants, support the head and neck securely. Keep the head lower than the chest.

3 REPEAT STEPS 1 AND 2 UNTIL THE:

- Object is forced out.
- Person can cough forcefully or breathe.
- Person becomes unconscious.

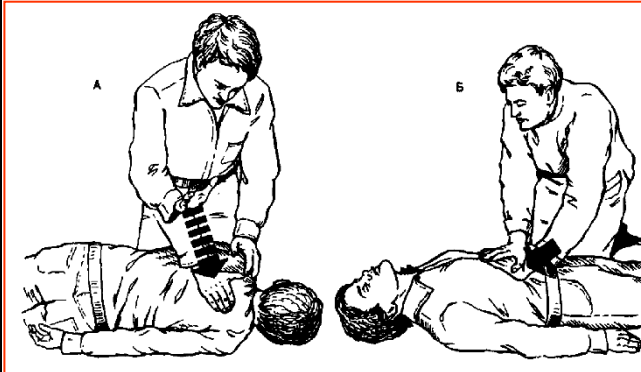
WHAT TO DO NEXT

- IF PERSON BECOMES UNCONSCIOUS — Carefully lower the person to the ground and give CARE for unconscious choking, beginning with looking for an object.
- Make sure 9-1-1 has been called.



Copyright © 2011 by The American National Red Cross

Б.Проведення прийому при лежачому положенні пацієнта::

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічна)
Основний етап	А-поверніть тулуб потерпілого на бік, притримуючи за плече, другою рукою нанесіть 5 різких поштовхів в міжлопаткову ділянку; Б- якщо прохідність не відновилась, станьте збоку від потерпілого та обома руками натискайте 5 разів в епігастральну ділянку в напрямку грудної клітки до моменту видалення стороннього тіла; у разі потреби далі виконуйте поперемінно з ударами в міжлопаткову ділянку спини по 5 разів.	спричинити підвищення тиску в грудній клітці до видалення стороннього тіла. НВ.Якщо удавлення настало у жінки на пізній стадії вагітності або людина зі значним абдомінальним ожирінням - покладіть руки на нижню частину грудини(вважати на мечеподібний відросток).
		
Заключний етап	Прийом Геймліха проводиться тільки при збереженому кровообігу. При клінічній смерті розпочинають компресії грудної клітки (закритий масаж серця)!!!	

8. Подальша підтримка життя (advanced life support)

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання:Клінічна смерть.

Протипоказання: Оформлена юридично відмова від СЛР медичною комісією.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	В рекомендаціях 2020 року об'єднані інструкції з базової серцево-легеневої реанімації (БСЛР) та розширеної серцево-легеневої реанімації (РСЛР) у дорослих та містять наступні основні рекомендації:	Американська кардіологічна асоціація (АНА) випустила тимчасові рекомендації по СЛР та невідкладний серцево-судинний

	Покращені алгоритми та графічні матеріали, що дає можливість легко запам'ятати інструкції по проведенню БСЛР та РСЛР. Підкреслена важливість раннього початку реанімаційних заходів непрофесійними реаніматорами. Непрофессиональные реаниматоры неспособны точно определить наличие пульса у пострадавшего, а риск от непроведения СЛР для пострадавшего без пульса превышает возможный вред от ненужных компрессий грудной клетки. Підтверджені попередні рекомендації стосовно використання адреналіну, з акцентом на його раннє введення. Для забезпечення високої якості СЛР запропоновано використовувати аудіовізуальні прилади зворотнього зв'язку, які працюють в режимі реального часу. Постійний моніторинг парціального тиску вуглекислого газу в артеріальній крові та концентрації вуглекислого газу в видихуваному повітрі в кінці звичайного видиху при проведенні СЛР допоможе підвищити якість реанімаційних заходів. Відповідно до останніх отриманих даних подвійну послідовну дефібриляцію не рекомендується використовувати в рутинній медичній практиці. Перевага для введення лікарських препаратів при проведенні СЛР надається внутрішньовенному способу. Якщо венозний доступ не вдається налагодити, можна використати внутрішньокістковий доступ. Після відновлення спонтанного кровообігу необхідно ретельно контролювати оксигенацію, цифри артеріального тиску, оцінити необхідність проведення черезшкірного коронарного втручання, підтримувати задану температуру, стан нервової системи пацієнта. Оскільки відновлення після зупинки серця продовжується тривалий час після їх первинної госпіталізації, пацієнти повинні отримати підтримку у відношенні їх фізичних, когнітивних та соціально-психологічних потреб. Після завершення реанімації непрофесійними реаніматорами корисною буде підтримка психічного здоров'я та емоційного стану пацієнтів силами бригади екстреної медичної допомоги та медичних працівників лікарні.	допомозі для пацієнтів з встановленою або підозрюваною коронавірусною інфекцією (COVID-19), щоб допомогти знизити ризик передачі вірусу SARS-CoV-2, який викликає COVID- 19. Процедури, при яких генерується аерозоль, такі як СЛР і ендотрахеальна інтубація, піддають медичний персонал підвищеному ризику передачі інфекції і повинні проводитися в приміщеннях ізольованих від інфекцій, що передаються по повітрю (AIR); персонал повинен використовувати засоби захисту органів дихання. Під час процедур повинні бути присутніми тільки ті медики, які необхідні для догляду за пацієнтом і для проведення самої процедури, а приміщення повинно бути очищено і продезінфіковано після процедури. Пацієнти з підозрою або встановленим COVID-19 повинні отримувати медичну допомогу в кімнаті для однієї людини з зачиненими дверима. Респіратори N95 або респіратори, що забезпечують більш високий рівень захисту, медикам слід використовувати замість лицьової маски під час процедур, що генерують аерозоль. Медичний персонал повинен одягнути респіратор або маску для обличчя (якщо респіратор недоступний) перед

	Лікування зупинки кровообігу у вагітної направлене на реанімацію матері з підготовкою до раннього пологорозрішення шляхом екстреного кесарського розтину, для збереження дитини та збільшення шансів успішної реанімації матері. ПОДАЛЬША ПІДТРИМКА ЖИТТЯ (ADVANCED LIFE SUPPORT) 1. Пріоритет надається високій якості компресій грудної клітки з мінімальними перервами, рання дефібриляція та лікування зворотніх станів 2. Продромальні ознаки зупинки серця часто спостерігаються при позалікарняній (ПЛЗС) та внутрішньолікарняній зупинці серця (ВЛЗС) – у багатьох пацієнтів зупинку серця можна попередити 3. Застосовуйте простий або вдосконалений метод забезпечення прохідності дихальних шляхів – інтубація трахеї повинна здійснюватися лише за умов наявності практичних навиків її успішного виконання 4. Раннє застосування адреналіну у пацієнтів з нешоковим серцевим ритмом (НСР) 5. У вибраних пацієнтів, за можливості, розгляньте проведення екстракорпоральної СЛР як метод рятівної терапії при неефективності заходів II етапу СЛР ДЕФІБРИЛЯЦІЯ • Вчасність виконання відіграє критичну роль • Метою є зупинка фібриляції шлуночків (ФШ) та відновлення перфузійного ритму (не асистолії) • Перший розряд 150J. Збільшувати при рефрактерній ФШ (при ручній дефібриляції) • Перевірити правильність розташування електродів • Подвійна послідовна дефібриляція не має доведеної ефективності Рекомендовані шляхи введення лікарських засобів (ЛЗ): в/в – у центральні або периферичні вени. Оптимальним введенням є центральні вени – підключична і внутрішня яремна, оскільки забезпечується доставка препарату безпосередньо в центральну циркуляцію. Для досягнення цього ж ефекту при введенні в периферичні вени препарати мають бути розчинені в 20 мл фізіологічного розчину;	входом в кімнату пацієнта або зону догляду. Медичні заклади повинні повернутися до використання респіраторів для пацієнтів з підозрою або встановленим COVID-19 після відновлення поставок. Рекомендовано носити захисні окуляри, рукавички і халати. При нестачі медичних халатів, пріоритет їх використання слід віддавати для процедур, що генерують аерозоль, дій за доглядом пацієнта, де очікуються бризки, а також заходів по догляду за хворими з високим рівнем контакту, які створюють можливості для передачі патогенів в руки і одяг медичного персоналу. Якщо потрібна інтубація, розгляньте можливість використання її з відповідними засобами індивідуального захисту (ЗІЗ). За можливості, уникайте процедур, які генерують аерозолі, таких як маска з клапаном, небулайзери і неінвазивна вентиляція з позитивним тиском. Розгляньте можливість переходу безпосередньо до інтубації у пацієнтів з гострою дихальною недостатністю. Уникайте використання високопоточної назальної оксигенації і маски СРАР або подвійної СРАР через підвищений ризик утворення аерозолі. Диспетчери швидкої медичної допомоги повинні питати тих, що дзвонить про можливість

внутрішньокістковий (в/к) – ін'єкція ЛЗ у плечову або великогомілкову кістку забезпечує адекватну плазмову концентрацію, а за часом доставки до терапевтичних мішеней прирівнюється з їх введенням у центральну вену. Використання механічних пристроїв для в/к введення ЛЗ забезпечує простоту і доступність цього шляху введення. В/к шлях передбачають у разі, якщо не вдалося встановити в/в доступ довше ніж за 60 с.



Натискання грудної клітки

- 30:2
- Компресії
 - Середина грудної клітки
 - Глибина 5-6 см
 - 2 в секунду (100-120 min⁻¹)
- Забезпечити високої якості СЛР
- Продовжити компресії при забезпеченні прохідності дихальних шляхів
- Уникати втоми, заміна кожні 2хв.



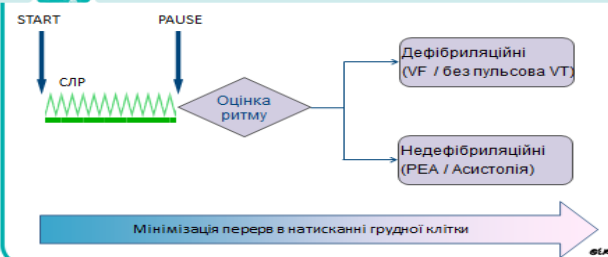
©ERC

Дихальні шляхи та вентиляція

- Забезпеч прохідність дихальних шляхів:
 - інтубаційна трубка
 - Надгортанні пристрої для відновлення прохідності дихальних шляхів, напр., LMA
- Після забезпечення прохідності дихальних шляхів, якщо це можливо, не переривай натискань грудної клітки під час вентиляції
- Уникай гіпервентиляції



Дефібриляційні, недефібриляційні ритми



COVID-19 у пацієнта. Процес запиту не повинен замінювати надання попередніх інструкцій абоненту, коли потрібні негайні життєво важливі втручання. Медичні установи повинні бути повідомлені про підозру на COVID-19 у пацієнта, що потребує екстреного транспортуванні.

Алгоритм проведення серцево-легеневої реанімації при асистолії та електричній активності без пульсу (ЕАБП):

Електрична дефібриляція не показана!

•Реанімаційні заходи починають з компресій грудної клітки в комплексі зі штучною вентиляцією легень будь-яким доступним методом. Правила реанімації новонароджених, в яких причиною клінічної смерті була асфіксія - виняток .

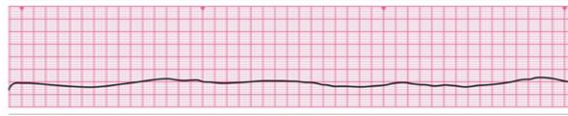
•Якнайшвидше треба внутрішньосудинно або внутрішньокістково ввести у розведенні на ізотонічному розчині натрію хлориду 1 мг епінефрину (доза для дітей - 10 мкг/кг маси тіла).



Асистолія



Ритм не до дефібриляції



- Відсутня шлуночкова (QRS) активності
- Активність передсердь (зубець P) може зберігатись
- Рідко пряма лінія
- Адреналін 1 mg IV кожні 3-5 min

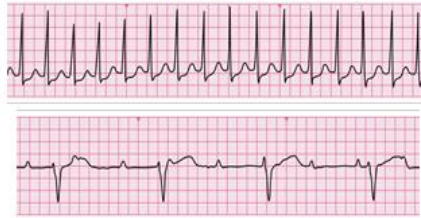
BLRC



РЕА(Електро-механічна-дисоціація)



Ритм не до дефібриляції



- Клініка зупинки кровообігу
- ECG може бути нормальною
- Адреналін 1 mg IV кожні 3-5 min

BLRC

•Якщо ефективний серцевий ритм не поновлюється, в подальшому епінефрин вводиться в таких самих дозах кожні 3-5 хвилин до моменту поновлення ефективного серцевого ритму, переходу асистолії або ЕАБП в фібриляцію шлуночків або до констатації біологічної смерті.

•Якщо за даними ЕКГ-дослідження діагностовано перехід асистолії або ЕАБП в фібриляцію шлуночків, тоді треба вдатися до алгоритму проведення серцево-легеневої реанімації при шлуночковій тахікардії без пульсу та фібриляції шлуночків (пряме показання до електричної дефібриляції).



Ручна дефібриляція

- Планувати перерви в компресіях
- Короткі паузи для оцінки ритму
- Продовжити натискання поки йде заряд енергії
- Безпечна дефібриляція
- Дуже короткі паузи для проведення дефібриляції
- негайне відновлення компресій після дефібриляції

©ILRC



Під час СЛР

Під час СЛР

- Забезпечити високу якість СЛР : швидкість, глибина.
- План дій до переривання СЛР
- Дайте кисень
- Сучасні методи відновлення прохідності дихальних шляхів, капнографія
- Безперервні компресії коли надійно забезпечена прохідність дихальних шляхів
- Судинний доступ (внутрішньовенний, внутрішньокістковий)
- Подати адреналін кожні 3-5 хв
- Корекція зворотніх причин

©ILRC



Дихальні шляхи та вентиляція

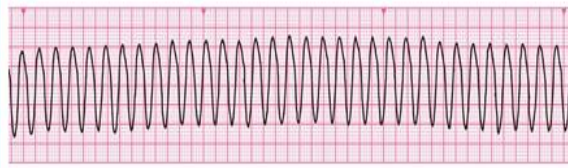
- Захист дихальних шляхів:
 - Надгортанні пристрої LMA, i-gel
 - Інтубація
- Не намагайтеся інтубувати, якщо не навчені і не компетентні
- Якщо можливо, асинхронна СЛР
- Уникати гіпервентиляції
- Капнографія

©ILRC

Дефібриляційний (VT) .



Шлуночкова тахікардія без пульсу



■ Мономорфна VT

- Ритм з широкими комплексами
- Високої частоти
- QRS однакової морфології

■ Поліморфна VT

- Torsade de pointes

ВІАС

Дефібриляційний (VF).



Фібриляція шлуночків



■ Хаотичні, нерегулярні хвилі

■ Не можливо розпізнати комплекс QRS

■ Не визначена частота та амплітуда

■ Нескоординована електрична активність

■ Виключити артефакти

- Рух
- Електричні перешкоди

ВІАС

Реанімаційні заходи при шлуночковій тахікардії без пульсу та фібриляції шлуночків потрібно виконувати в такому порядку:

Починати треба з закритого масажу серця (бо, за деякими винятками, практично неможливо виконати електричну дефібриляцію одразу ж після зупинки кровообігу) в комплексі зі штучною вентиляцією легень можливим методом. Правила реанімації новонароджених, в яких причиною клінічної смерті стала асфіксія – виключення.

Н.В.! Реаніматори, які здійснюють компресії грудної клітки та штучне дихання, повинні кожні 2 хвилини мінятися місцями.

- Якнайшвидше виконують електричну дефібриляцію. Якщо ефективний серцевий ритм не поновлюється, починається другий цикл СЛР на протязі 2-х хвилин з наступною повторною дефібриляцією.
- Якщо ефективний серцевий ритм не поновлено, починають третій цикл СЛР на протязі 2-х хвилин, після 3-ї неефективної дефібриляції треба внутрішньосудинно або внутрішньокістково ввести у розведенні на ізотонічному розчині натрію хлориду 1 мг епінефрину (доза для дітей – 10 мкг/кг маси тіла), що дорівнює для дорослих 1 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду або 1 мл 0,18% розчину адреналіну гідротартрату .
- **Пояснення:** молекулярна маса адреналіну гідрохлориду 219,66 вуглецевих одиниць, а адреналіну гідротартрату - 333,3, тобто кількість діючої речовини в 1 мл офіційних розчинів однакова.

- В той же час треба ввести 300 мг (2 ампули) аміодарону (кордарону). За необхідністю наступна доза (після 5-го неефективного розряду) дорівнює 150 мг. Доза для дітей - 5 мг/кг маси тіла. Якщо ефективний серцевий ритм не поновлюється, в подальшому епінефрин треба вводити в таких самих дозах кожні 3-5 хвилин.
- Як альтернативу аміодарону (кордарону) можна використати лідокаїн у стартовій дозі 100 мг (1-1,5 мг/кг) в розведенні на ізотонічному розчині натрію хлориду. За необхідністю, наступна доза - 50 мг, максимально припустима доза - 3 мг/кг маси тіла. Доза для дітей - 1 мг/кг маси тіла.
- *Н.В.!* Лідокаїн може тільки повністю замінити, але не доповнювати аміодарон (кордарон).

ПОСТРЕАНІМАЦІЙНА ПІДТРИМКА ЖИТТЯ (POST RESUSCITATION CARE)

1. Після відновлення ознак спонтанного кровообігу застосовуйте алгоритм АВС:
 - Встановити орофарингеальний повітровод або виконати інтубацію трахеї (за умови практичних навиків її виконання)
 - Титрувати кисень до рівня $SpO_2 = 94\% - 98\%$ та вентилювати легені до нормокапнії
 - Забезпечити надійний венозний доступ, відновити нормоволемію, уникати гіпотензії ($CAT = >100$ мм рт мт)
2. Невідкладна катетеризація серця +/- ЧШКВ при зупинці серця, зумовленій кардіологічною патологією та елевацією сегмента ST на ЕКГ
3. Застосовуйте цільовий температурний менеджмент (ЦТМ) у дорослих з позалікарняною (ПЛЗС) та внутрішньолікарняною зупинкою серця (ВЛЗС) (з будь-яким початковим ритмом), які

	не реагують на подразники після відновлення ознак спонтанного кровообігу. 4. Використовуйте мультимодальну неврологічну прогностикацію, що включає клінічне обстеження, електрофізіологічні методи, біомаркери та діагностичну візуалізацію. 5. Оцініть фізичні та нефізичні порушення до та після виписки пацієнта з лікарні, при потребі направте на реабілітацію.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

9. Реанімація (зупинка серця).

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Критерії включення- Пацієнти з зупинкою серця.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Мета надання допомоги: 1. Відновлення спонтанного кровообігу. 2. Збереження неврологічних функцій. 3. Якісні компресії грудної клітки/СЛР з мінімальним перериванням натискання на грудну клітку. Ведення пацієнта. Оцінка стану : 1. Пацієнт з зупинкою серця потребує правильного балансу між лікуванням та оцінкою. 2. У випадку зупинки серця оцінювання пацієнта має бути сфокусованим і обмеженим лише збором достатньої інформації, щоб виявити відсутність пульсу. 3. Як тільки виявлено відсутність пульсу, потрібно негайно розпочати реанімаційні заходи, та під час них збирати будь-які подальші деталі анамнезу серед перехожих на місці події. Лікування та втручання: <u>1. Розпочніть компресію грудної клітки у випадку, якщо ніхто з перехожих не розпочав процедуру або замініть перехожу особу, яка вже розпочала компресію грудної клітки, у цей час другий рятувальник приносить, налаштовує зовнішній автоматичний дефібрилятор або ручний дефібрилятор:</u>	ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ IV. РЕАНІМАЦІЯ 4.1. ЗУПИНКА СЕРЦЯ (ФІБРИЛЯЦІЯ ШЛУНОЧКІВ/ ШЛУНОЧКОВА ТАХІКАРДІЯ/ АСИСТОЛІЯ/ БЕЗПУЛЬСОВА ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ) <i>Найбільш важливою терапією при зупинці серця є вчасна дефібриляція з мінімальними перериваннями між компресіями грудної клітки.</i>

	а) у випадку правильного виконання СЛР сторонньою особою або якщо зупинка серця відбулась на очах працівників ЕМД, негайно розпочніть аналіз серцевих ритмів і проведіть дефібриляцію (за необхідності); б) виправдано модифікувати надання допомоги залежно від найбільш вірогідної причини зупинки серця; в) немає достатньо доказів за чи проти затримки дефібриляції для проведення короткочасної СЛР при фібриляції шлуночків/шлуночкової тахікардії без пульсу на догоспітальному етапі; г) у дорослих і дітей з зупинкою серця і відсутністю моніторингу або у яких автоматичний зовнішній дефібрилятор не доступний негайно, доцільно розпочати СЛР під час підготовки до застосування дефібрилятора, якщо показано. <u>2. Максимальне значення на дефібриляторі слід використовувати для початкових і наступних спроб дефібриляції. Дозування дефібриляції має відповідати рекомендаціям виробника у випадку двофазних дефібриляторів. Якщо рекомендація виробника невідома, скористайтеся максимально можливим налаштуванням. У випадку монофазних пристроїв установка повинна становити 360 Дж (або 4 Дж/кг для дітей).</u> 3. Компресія грудної клітки повинна продовжуватись одразу після проведення дефібриляції без зупинок на перевірку пульсу протягом наступних 2 хвилин, незалежно від показань на кардіомоніторі. 4. Необхідно вживати всіх заходів для уникнення переривань у компресіях грудної клітки, таких як попередня зарядка дефібрилятора та тиск на грудну клітку, і не відходити під час дефібриляції. 5. Якщо це можливо, необхідно отримати в/в або в/к доступ. Ввести епінефрин під час першого або другого циклу компресій. 6. Продовжуйте цикл компресій грудної клітки протягом 2 хвилин, потім аналіз ритму і дефібриляцію нестійкого серцевого ритму; Незалежно від стратегії контролю та вентиляції дихальних шляхів, врахуйте наступні принципи: 6.1. Стратегія контролю прохідності дихальних шляхів не повинна переривати компресії грудної клітки.	150-200 дж <i>Навіть у випадку відновлення серцевого ритму насосна функція серця протягом 2-х хв.. не достатня Максимально можливий кровообіг в міокарді досягається з 15-20-ї компресії, після переривання знижується до нуля.</i> <i>протягом цього періоду часу належна стратегія управління дихальними шляхами не визначена та існує багато варіантів контролю дихальних шляхів.</i> <i>Важливо</i>

	6.2. Успішна реанімація у разі зупинки серця переважно залежить від ефективних безперервних натискань на грудну клітку та правильної дефібриляції; контроль прохідності дихальних шляхів є вторинним на даному етапі і не повинен перешкоджати проведенню компресій та дефібриляції. Варіанти контролю прохідності дихальних шляхів: а) пасивна вентиляція: - оксигенотерапія з використанням нереверсивної маски та встановленим орофарингеальним повітроводом - певна кількість кисню буде входити з кожним натисканням на грудну клітку - дана процедура може продовжуватись 3-4 цикли натискань на грудну клітку (6-8 хвилин), після цього потрібно застосувати мішок АМБУ і надгортанний повітровід (деталі нижче); б) вентиляція мішком АМБУ з частотою 10 вдихів/хв (один вдих кожних 10 натискань) <u>виконується під час повернення стінок грудної клітки до норми (а не в момент натискання на грудну клітку), не перериваючи натискання;</u> в) вентиляція мішком АМБУ з частотою 30:2 (число натискань:число вдихів) - кожні 30 натискань супроводжуються 2 вдихами мішком, після чого одразу продовжуються натискання на грудну клітку. При роботі з дітьми(з 28 діб до 8 років)- рекомендованим співвідношенням натискань до вдихів є 15:2 Для новонароджених(до 28 діб) є рекомендованим співвідношення 3:1; г) Встановлення надгортанного повітроводу або ендотрахеальної трубки не повинно перешкоджати проведенню компресій. Після встановлення інтубаційної трубки - вентиляція відбувається з частотою 10 вдихів/хв (для дорослих) - для дітей рекомендована частота - 1 вдих кожні 3-5 секунд (12-20 вдихів/хвилину). 6.3. При роботі з дітьми: вентиляційний об'єм повинен сприяти підйому стінок грудної клітки. 7. Застосуйте один з антиаритмічних препаратів при стійкій фібриляції шлуночків/шлуночкової тахікардії без пульсу: а) <u>основною метою використання антиаритмічних препаратів при фібриляції шлуночків та шлуночкової тахікардії без</u>	<i>Не залежно від кількості рятувальників. Старше 8 років-протоколи дорослих.</i> <i>Дивись варіанти асинхронного та не синхронного дихання і компресій.</i> <i>деякі антиаритмічні препарати пов'язані з високим показником відновлення спонтанної циркуляції та госпіталізації, проте жоден з них не забезпечив довготривалого виживання або виживання без подальших неврологічних проблем. Після третьої безуспішної дефібриляції (практично-після 4-тої(2-хв СЛР і потім контроль ритму))</i> <i>(див. настанову «Гіпотермія/Вплив холодного середовища»)</i>

	<u>пульсу, є відновлення та підтримка спонтанного перфузійного ритму, узгодженого з ударним припиненням фібриляції шлуночків/шлуночкової тахікардії:</u> - аміодарон (5 мг/кг в/в, макс. доза - 300 мг) може застосовуватись при фібриляції шлуночків та шлуночкової тахікардії без пульсу, яка не реагує на СЛР, дефібриляцію та адреналін - лідокаїн (1 мг/кг в/в) може застосовуватись як альтернатива аміодарону при фібриляції шлуночків та шлуночкової тахікардії без пульсу, яка не реагує на СЛР, дефібриляцію та вазопресорну терапію; 8. Пам'ятайте про зворотні причини зупинки кровобігу, серед яких: а) гіпотермія - додатково до лікування проводиться активне зігрівання; б) пацієнти на діалізі або мають в анамнезі гіперкаліємію - повинні отримувати додатково до лікування: - кальцію глюконат 10% 1 г в/в (дітям - 100 мг/кг) АБО - кальцію хлорид 10% 10 мл в/в (дітям - 20 мг/кг тобто 0,2 мл/кг) - натрію бікарбонат 50 ммоль швидко в/в; в) передозування трициклічними антидепресантами - додатково до лікування додається натрію бікарбонат 1 мЕкв/кг (50 ммоль) в/в; г) гіповолемія - додатково до лікування додається 2 л фізіологічного розчину в/в (або 20 мл/кг, з можливістю повторення до 3 разів у дітей); г) якщо пацієнта з зупинкою серця заінтубовано, перевірте наявність напруженого пневмотораксу та правильність розташування ендотрахеальної трубки; д) при підозрі на напружений пневмоторакс проведіть голкову декомпресію. Оцініть розташування ендотрахеальної трубки, у разі неправильного положення замініть трубку. Корисна інформація для навчання Ключові пункти 1. Ефективні натискання та дефібриляція є найголовнішими компонентами реанімації під час зупинки серця. Ознакою ефективного натискання є: а) частота натискань не менше 100 та не більше 120/хв.;	(в середньому 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки) Можлива тактика розташування по одному рятувальнику з кожної сторони грудної клітки- змінювати один одного кожну хвилину або кожні 100 натискань. Попри це, якщо є момент відстрочення дефібриляції (наприклад - встановлення електродів на тілі пацієнта), тоді необхідно проводити натискання на грудну клітку, поки встановлюються електроди.

	б) глибина натискань на грудну клітку не менше 5 см і не більше 6 см у дорослих в) дозвольте грудній клітці повністю повернутись у вихідне положення після кожного натискання на грудну клітку - розправлення грудної клітки (не слід спиратись на грудну клітку); г) мінімізуйте перериви між натисканнями; г) <u>уникайте втоми - шляхом зміни кожні 2 хвилини.</u> 2. Уникайте надмірної вентиляції та пам'ятайте про можливість відстрочення контролю дихальних шляхів. 3. Капрограф необхідно використовувати для моніторингу ефективності компресій: а) якщо CO₂ видиху менше 10 мм.рт.ст під час первинної фази реанімації, спробуйте покращити якість натискань; б) пам'ятайте про можливість застосування моніторів з біометричними даними, оскільки вони можуть допомогти у чіткому дотриманні усіх положень настанов розділу «Реанімація». 4. Компресії грудної клітки є найпершою терапією, яка застосовується при зупинці серця і має розпочинатися як тільки виявлено відсутність дихання та пульсу. Якщо до пацієнта під'єднані електроди і видно серцеві ритми на моніторі на момент зупинки серця, тоді дефібриляція має найвищий пріоритет серед усіх методів терапії. 5. Продовжуйте компресії грудної клітини між завершенням аналізу АЗД і зарядкою АЗД. 8. Ефективність натискань зменшується за наявності будь-яких сторонніх рухів: а) реанімаційні заходи мають відбуватись якомога ближче до місця події, лише у випадку можливих загроз або відсутності простору для виконання реанімаційних заходів потрібно переміщати пацієнта; б) натискання на грудну клітку також є менш ефективними під час транспортування; в) також проведення компресій грудної клітки в рухомому автомобілі є небезпечним для фахівців системи ЕМД, пацієнта, перехожих та інших учасників руху; г) з цих міркувань, а також тому, що зазвичай допомога, надана працівниками ЕМД, є еквівалентною тій, що надається у відділенні невідкладних станів, <u>реанімаційні заходи мають проводитися на місці події.</u>	<i>Оскільки часто причиною зупинки серця виступає дихання, піклуватися про прохідність дихальних шляхів та вентиляцію потрібно вже на ранніх етапах надання допомоги.</i>

	6. Максимальне значення на дефібриляторі слід використовувати для початкових і наступних спроб дефібриляції. Дозування дефібриляції має відповідати рекомендаціям виробника у випадку двофазних дефібриляторів. Якщо рекомендація виробника невідома, скористайтеся максимально можливим значенням. У випадку монофазних пристроїв значення повинно становити 360 Дж (або 4 Дж/кг для дітей). 7. Встановлення в/в або в/к доступу не повинно перешкоджати компресіям грудної клітки. 8. Застереження при роботі з дітьми: особливу увагу приділяють підтримці прохідності дихальних шляхів/дихання у дітей. <u>Проте, такий порядок: циркуляція - дихальні шляхи - дихання досі рекомендується Американською асоціацією серця для реанімації дітей з метою забезпечення своєчасного початку компресій грудей для підтримки перфузії незалежно від основної причини зупинки. Крім того, звичайна СЛР є кращою у дітей, оскільки вона пов'язана з кращими результатами в порівнянні з СЛР лише компресією.</u> Особливі обставини під час зупинки серця: 1. <u>Травма</u>, надавайте допомогу згідно настанови «Загальна травма». 2. <u>Вагітність</u>: а) запорукою виживання плоду є виживання матері; б) розташуйте пацієнта у лежачому положенні, тим часом другий рятувальник вручну зміщує матку вліво для уникнення тиску на артерії та покращення відтоку крові нижньою порожнистою веною; в) якщо не вдалося вручну змістити матку, пацієнтку потрібно розташувати в лежачому положенні з нахилом в 30 градусів вліво. Дане положення є менш прийнятним порівняно з ручним зміщенням матки в силу складності виконання натискань на грудну клітку; г) натискання на грудну клітку слід виконувати трохи вище на грудині, ніж у невагітних пацієнток, беручи до уваги підвищене положення діафрагми та органів живота у вагітних; г) дефібриляція проводиться за тими ж правилами, як і у невагітних пацієнток;	

	<u>3. Зупинка кровообігу внаслідок респіраторної етіології (утоплення тощо).</u> На додачу до вищесказаного, забезпечте ранній контроль прохідності дихальних шляхів. Пасивна вентиляція через нереверсивну маску не показана у даних пацієнтів. Для забезпечення в/к доступу: - верхня частина плечової кістки є найбільш доречним місцем для дорослих - велика гомілкорова кістка є найбільш доречним місцем для дітей та немовлят; Огляд якості проведення СЛР: а) тривалість компресій; б) середній та найдовший час зупинок у натисканні після проведення дефібриляції; в) частота та глибина компресій.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

10. Алгоритм виконання штучної вентиляції легень мішком Амбу.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Відсутність або неадекватність спонтанної вентиляції. Преоксигенація перед планованою інтубацією.

Протипоказання: Діафрагмальна грижа. Підозра на активну або пасивну регургітацію.

Неможливість проведення маніпуляцій на голові і шиї. Трахеостравохідна нориця. Пошкодження трахеї. Травми і переломи лицьового скелета. Серйозні пошкодження шкірного покриву.

Відносне протипоказання: Повний шлунок .

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Підготовка обладнання: -Маска необхідного розміру. -Дихальний мішок (Амбу). -Кисень. -Відсмоктувач.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	При необхідності проведення штучної вентиляції легень мішком „Амбу”, виконайте потрібний прийом Сафара. Візьміть маску в ліву руку; великим і вказівним пальцем стисніть маску навколо манжети, тіло маски помістіть в долоню. Нахиліть вузьку частину маски на спинку носа, уникаючи тиску на очі.	Прохідність дихальних шляхів. Контроль ефективності штучної вентиляції легень – наявність екскурсії грудної клітки в момент кожного вдиху! Дихання вищезазначеним методом проводиться із

	Опустіть маску на обличчя так, щоб частина підборіддя маски лягла на альвеолярний гребінь. Герметично притисніть маску до лиця, одночасно підтягуючи нижню щелепу зігнутими 3, 4 і 5 пальцями вгору до маски, злегка нахилиючи її вправо. Виконуйте дихальні рухи, стискаючи мішок правою рукою. Якщо у хворого збережене спонтанне дихання, але воно неадекватне, здійснійте допоміжну вентиляцію мішком синхронно з вдихом пацієнта. Якщо у пацієнта тахіпноє, підсилюйте кожний 2-4 спонтанний вдих. Якщо одному підтримувати дихання за допомогою апарату "маска-мішок" важко, то маску можна утримувати двома руками, притискуючи її до обличчя, тоді як помічник стискатиме мішок. Потрібно стежити за розширенням грудної клітки і її спаданням, так як якщо вона не розширюється, то причини у цього можуть бути наступні: -пристрій використовують неправильно (він пошкоджений, є дефект з'єднання маски і балона); -в ротовій порожнині або дихальних шляхах є перешкода (мокрота, сторонні тіла); -маска погано прилягає до шкіри (повітря не надходить у легені). Відношення числа компресій до частоти дихання, що становить 30:2, є найбільш ефективним(Реанімація дитини (1-2-ма рятівниками-15 компресій : 2 вдиха): а) співвідношення числа компресій до частоти дихання без протекції (захищення) дихальних шляхів , як для одного, так і для двох реаніматорів повинно складати 30 : 2 і здійснюватися з паузою на проведення ШВЛ (ризик розвитку аспірації!)-синхронізовано (тобто, послідовно) .Продовженість штучного вдиху біля 1 сек, видиху.- біля 1 сек. Всього на 2 вдиха-видоха до 5 сек. Після кожного натиснення слід дозволити повернутися грудній клітці у висхідне положення та мінімізувати перерви між натисненнями на грудну клітку. При проведенні штучного вдиху слід витратити на нього приблизно 1 секунду з достатнім об'ємом для видимого підняття грудної клітки.	частотою 6-8 в 1 хв. і приблизним об'ємом 500 мл. Дихальний об'єм 6-7 мл/кг . Продовженість штучного вдиху біля 1 сек, видиху.- біля 1 сек. Всього на 2 вдиха-видоха до 5 сек . Після кожного натиснення слід дозволити повернутися грудній клітці у висхідне положення та мінімізувати перерви між натисненнями на грудну клітку. При проведенні штучного вдиху слід витратити на нього приблизно 1 секунду з достатнім об'ємом для видимого підняття грудної клітки.

	Не слід переривати натиснення на грудну клітку більш ніж на 5 секунд для проведення штучного дихання. б) з протекцією дихальних шляхів (інтубація трахеї) – компресія грудної клітки повинна проводитися із частотою 100-120/хв, вентиляція – з частотою 10/хв (у разі використання мішка Амбу – 1 вдих кожні 6 с) без паузи при проведенні ШВЛ (оскільки компресія грудної клітки з одночасним роздуванням легенів збільшує коронарний перфузійний тиск)- асинхронно (тобто паралельно). Дихальний об'єм 6-7 мл/кг з частотою 10 вдихів/хв.	
Заключний етап	Ускладнення і їх усунення:-Гостре розширення шлунку повітрям вимагає введення назогастрального зонда для декомпресії. -Блювота.-Регургітація(при атонії та арефлексії)	

11. Алгоритм виконання прийому Використання носогорлової трубки для забезпечення прохідності дихальних шляхів

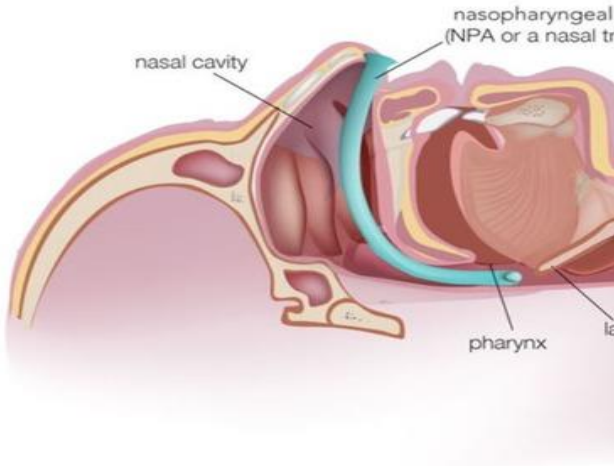
НОСОГОРЛОВА ТРУБКА утримує у непритомних осіб прохідність дихальних шляхів, запобігаючи зміщенню м'якого піднебіння та язика назад, але часто при цьому необхідно утримувати відгинання голови та висунення щелепи.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: проблеми з диханням; западіння язика;блювотний рефлекс, що не дозволяє використовувати орофарингіальний повітровід

Протипоказання: травма, викривлення перегородки носа;можливий перелом основи черепа ; оклюзія порожнини носа

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Обладнання: назофарингіальний повітровід відповідного розміру; лубрикант на водній основі, англійська булавка.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	У своїй конструкції повітропровід має два кінці, один з яких має зріз, що полегшує його введення в назальний порожнину; інший кінець оснащений широким і плоским кільцем, яке утримує повітропровід від повного падіння в дихальні шляхи.	Поверхнево непритомні пацієнти краще переносять цю трубку, ніж ротово-горлову. Назофарингеальний повітропровід не викликає таких сильних блювотних рефлексів, як орофарингеальний повітропровід.

	 Виберіть правильний розмір. Розміри трубок відповідають внутрішньому діаметру в міліметрах, а довжина зростає пропорційно до діаметру. Довжина назофарингіального повітровода вимірюється від кінчика носа до мочки вуха. Отвір повітровода повинен бути вужчим за ніздрю, його розмір приблизно дорівнюватиме розміру мізинця пацієнта. Перевір прохідність правої ніздрі. •В деяких модифікаціях трубок для забезпечення перед всуванням зовнішнього кінця трубки до носа необхідно проколоти шпилькою зовнішній кінець трубки. •Покрий кінець трубки гелем. •Косий кінець трубки вводиться вертикально легкими обертальними рухами вздовж дна носової порожнини . Викривлена форма трубки повинна скерувати її у властивому напрямку. Якщо при введенні відчуваєш опір, висунь трубку та спробуй ввести її через ліву ніздрю. •При введенні трубки перевіряй прохідність дихальних шляхів та ефективність вентиляції за допомогою зору, слуху та дотику. Піднімання або висунення щелепи може бути потрібне для утримання прохідності, навіть при введеній трубці. Якщо є підозра ушкодження шийного відділу хребта необхідно подбати про відповідне укладання та іммобілізацію голови та шиї в осі тіла.	Носогорлова трубка може врятувати життя пацієнтам з тризмом або щелепно-лицевою травмою. Введення трубки може призвести до ушкодження слизової оболонки носової порожнини і, як наслідок, до кровотечі навіть у 30% випадків. Задовга трубка може викликати рефлекс з верхніх дихальних шляхів та спровокувати ларингоспазм або блювання.
Заключний етап	Прибрати, продезінфектувати.	

12. Використання носогорлової трубки для забезпечення прохідності дихальних шляхів.

Ротогорлова трубка утримує у непритомних осіб прохідність дихальних шляхів, запобігаючи зміщенню м'якого піднебіння та язика назад, але часто при цьому необхідно утримувати відгинання голови та висунення щелепи.

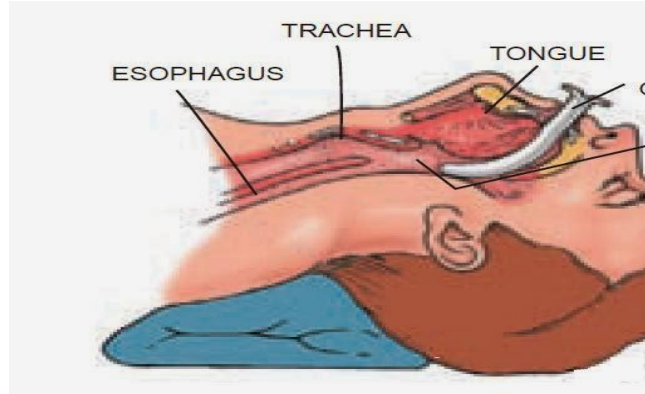
Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Повна або часткова обтурація верхніх дихальних шляхів.Стискання щелеп у хворих у несвідомому стані або в інтубованих пацієнтів.Необхідність аспірації з рото глотки..

Протипоказання: Переломи щелепи чи зубів.Наявність в анамнезі або гострий епізод бронхоспазма.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту.Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Анестезія: місцеве зрошення 10% розчином лідокаїна для пригнічення блювального рефлексу. Оснащення:Пластмасовий або обладнаний м'якою крайкою повітровід .Шпатель.Електровідсмоктувач (наприклад, електровідсмоктувач хірургічний ОХ-10). Положення хворого : лежачи на спині.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	 Рото-горлова трубка, або трубка Гюделя, виконана з синтетичного матеріалу, на зовнішньому кінці має розширення, а викривлена частина, яка вкладається до ротової порожнини має сплюснену форму, завдяки якій трубка добре укладається між язиком та твердим піднебінням. Випускається в кількох розмірах - для новонароджених, дітей та дорослих. Відповідний розмір трубки можна визначити, добираючи її довжину до відстані між різцями пацієнта та кутом щелепи. У дорослих найчастіше застосовуються розміри 2, 3 та 4.Під час введення рото-горлової трубки може дійти до зміщення язика назад, що погіршить прохідність, замість її усунути. Застосування властивої техніки введення дозволить	Орофарингеальні повітроводи. Введення трубки у пацієнта, який має активні рефлексі з верхніх дихальних шляхів, може спровокувати блювоту або ларингоспазм, тому трубку можна застосовувати тільки у глибоко непритомних осіб.

уникнути цієї проблеми.



Підібрати необхідний розмір

1. Від різців до кута нижньої щелепи
- від твердого до твердого



2. Від мочки вуха до кута рота
- від м'якого до м'якого



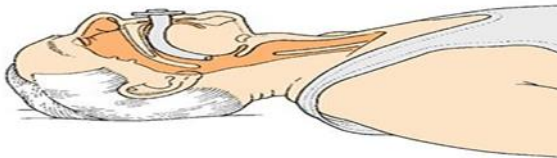
Алгоритм виконання:

Відкрийте рота хворого, надавіть шпателем на основу язика, виведіть язик вперед з ротогортла.

Введіть повітровідвід до рота увігнутою стороною до підборіддя так, щоб дистальний кінчик його був спрямований, але не сягав задньої стінки ротогортла.

Фланець повітровідводу повинен на 1-2см висуватися через різці.

Цей метод не рекомендується, якщо в пацієнта є хиткі зуби або травма порожнини рота, тому що поворот повітровідводу може викликати міграцію зубів або посилення кровотечі.

	Застосуйте прийом виведення нижньої щелепи, що забезпечує підйом язика від стінки горла. Натисніть на повітровід та просуньте його на 2см до рота так, щоб його вигин ліг на основу язика. Як варіант, повітропровід можна ввести випуклою стороною до піднебіння. Після того, як його кінець досягне язичка (в цьому випадку шпатель не використовують), поверніть повітропровід на 180° і далі просуньте по язика.  A  B Ускладнення та їх усунення: 1. Розвиток бронхоспастичної реакції. 2. Нудота або блювання: поверніть голову на бік і проведіть аспірацію при збільшенні обструкції дихальних шляхів через неправильне розташування повітроводу. видаліть повітровід та введіть його знову, якщо в цьому буде необхідність.	
Заключний етап	Прибрати, продезінфектувати	

S-подібний повітряпровід (двійна трубка Сафара(два Гведела))



Рис. 5. Техніка постановки S-подібного повітровода Сафара

Набір повітропроводів орофарингеальних. Berman Oral Airway Kit – Colored



13. Встановлення надгортанних повітроводів.

Надгортанний повітровід I-Gel (Ай-Джел) . Ларингеальна маска (ЛМ, ларингеальний масочний повітровід).

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Забезпечити прохідність дихальних шляхів у пацієнтів без свідомості, з зупинкою дихання.

Протипоказання: Пацієнти, що реагують на подразники, із збереженим блювотним рефлексом.

Застереження:

- блювота чи проникнення чужорідного тіла в дихальні шляхи;
- підвищений внутрішньошлунковий тиск.

Відносні протипокази к приміненню ЛМ:

1. Високий ризик регургітації та аспірації (ожиріння, вагітність в останньому триместрі).
2. Необхідність в високому тискувентиляції(важка астма).
3. Після прийому їжі .
4. Обструкція дихальних шляхів на рівні гортані або нижче (травми надгортанника, опіки ДШ, інородні тіла).

Канал для дренажування шлунка, дає можливість використання ЛМ при повному шлунку та тиску на вдосі до 35 см водного стовпа, т.я можлива евакуація шлункового вмісту з швидкістю 15 мл/с, т.е. півтора літра за 100 секунд (1,4 хв).

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манекену та оснащення.. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Ручна вентиляція через лицьову маску за допомогою дихального мішка — найважливіша навичка у випадку коли дихальна функція пацієнта (-ки) скомпрометована. • Надгортанні повітроводи (ларингеальні маски та трубки) можна використовувати для забезпечення прохідності дихальних шляхів без необхідності інтубації трахеї. Надгортанні повітроводи не забезпечують захисту від аспірації, тому протипоказані пацієнтам (- кам) з таким ризиком. Згідно чинних настанов інтубацію трахеї повинна проводити лише компетентна особа яка має постійний досвід виконання цієї техніки. • Седативні засоби і м'язові релаксанти при інтубації повинні використовувати лише ті лікарі, які пройшли підготовку з анестезіології.	Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00342. Забезпечення прохідності дихальних шляхів при невідкладних станах

	• Якщо за допомогою цих методів не вдається забезпечити прохідність дихальних шляхів, то слід розглянути можливість проведення екстреної крикотиреотомії (конікотомії). • Вибір належного пристрою для забезпечення прохідності дихальних шляхів залежить від підготовки та досвіду лікаря. В невідкладних ситуаціях потрібно вміти швидко встановити такий пристрій зробивши максимум три спроби. 1. Ларингеальна маска (ЛМ, ларингеальний масочний повітровід). Надгортанний повітровід I-Gel (Ай-Джел) . I-gel, який не має надувної манжети, анатомічно відповідає структурам гортаноглотки і забезпечує герметичний контакт з ними, не спричиняючи надлишкового тиску і не викликаючи ушкоджень. Опис: • Вигнута трубка з вентиляційним каналом та окремим шлунковим каналом, який дає можливість встановити назогастральний зонд для відсмоктування вмісту шлунка та видалення надлишку повітря; • Дистальний кінець повітровода з м'якою, ненадувною манжетою забезпечує герметичний контакт з структурами гортаноглотки; • На проксимальному кінці повітровода знаходиться 15-мм коннектор, що дає можливість використовувати стандартні дихальні контури чи апарати маска-мішок. Переваги: ☐ Не містить латексу, стерильний і призначений для одноразового використання; Потенційні переваги: ☐ Легкість введення пацієнту лежачому в позиції на спині чи на боку; ☐ Мінімальний ризик здавлювання тканин; ☐ Стабільність положення після установки (немає зміни положення як після роздування манжети); ☐ Містить окремий шлунковий канал; ☐ Доступний в усіх розмірах, від новонароджених до дорослих; ☐ Може використовуватися при порушенні прохідності повітряних шляхів. Розмір I-gel залежить від ваги пацієнта: Дитячі- 1 Розмір – вага пацієнта менше 5кг., 1,5 Розмір – вага пацієнта 5 – 10 кг.,, 2 Розмір – вага пацієнта 10 – 20кг. 2,5 Розмір — 20-30 кг	

	Дорослі – 3. Жовтий: вага пацієнта 30-60kg, 4. Зелений: вага пацієнта 50-90kg, 5. Помаранчевий: вага пацієнта > 90kg Підготовка до введення: 1. Прийміть необхідні міри, щоб захистити себе від біологічного матеріалу пацієнта; 2. Підготуйте необхідне обладнання: a. Упаковка I-Gel b. Оро- та назофарингіальні повітроводи, а також обладнання для складної роботи з дихальними шляхами у випадку невдачі при введенні повітроводу I-Gel через непрохідність дихальних шляхів c. Відсмоктувач d. Апарат маска-мішок e. Стетоскоп f. Кисень g. Шийний комір h. Пластир чи бинт для фіксації трубки Введення : 1. Прослухайте звуки дихання, щоб отримати орієнтир для порівняння із звуками дихання після введення повітроводу; 2. Виберіть розмір повітроводу відповідно до приблизної ваги тіла пацієнта; 3. Відкрийте упаковку і покладіть її на рівну поверхню. Вийміть здвоєний лоток з I-Gel a. Підготуйте пластир, трубку для відсмоктування та пакетик з лубрикантом і покладіть їх в межах легкого доступу, b. Розкрийте лоток і помістіть повітропровід I-Gel на його внутрішню половину; 4. Відкрийте пакет з лубрикантом та видавіть невелику краплю на внутрішню гладку поверхню лотка; 5. Візьміть I-Gel і нанесіть тонкий шар лубриканта на передню, задню і бокові поверхні манжети. (Переконайтеся, що в чаші манжети чи на поверхні повітроводу не залишилося згустків лубриканту). В ході маніпуляцій не торкайтеся манжети руками; 6. Щільно захопіть зволожений I-Gel в районі захисного блоку. Помістіть пацієнта в позицію «вдихання свіжого повітря» (якщо немає протипоказань) – шия трохи зігнута, голова максимально розігнута в атланти-потиличному суглобі. 7. Тримайте повітровід домінуючою рукою. Іншою рукою піднімайте підборіддя, щоб запобігти западанню кореня язика до задньої стінки глотки;	



8. Дистальний кінець повітроводу з манжетою вводять в рот хворого у напрямку до твердого піднебіння;

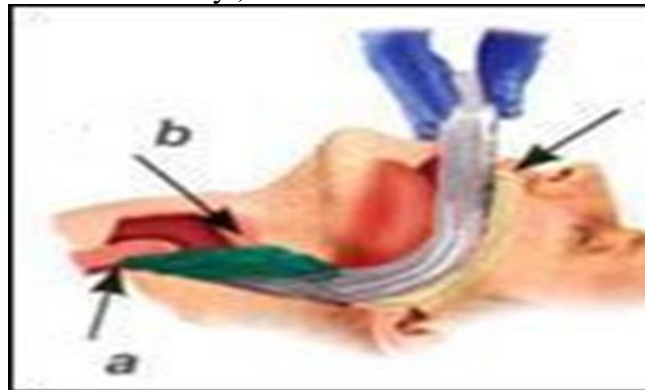
9. Безперервно, не застосовуючи надмірної сили, проштовхуємо повітровід вниз і назад вздовж твердого піднебіння, поки не виникне відчуття значного опору;

10.

(а) кінчик повітроводу впирається у вхідний отвір стравоходу),

(b) манжета знаходиться в контакті зі структурами гортаноглотки ,

(с) різці пацієнта знаходяться на рівні захисного блоку ;



11. Обмотавши петлю на повітроводі, закріпіть I-Gel навколо шиї пацієнта за допомогою бинта. Переконайтеся, що зафіксували бинт не надто туго. Також можна зафіксувати повітровід лейкопластирем до верхньої щелепи;

Тепер, коли повітровід I-Gel був правильно введений і зафіксований, можете розпочинати штучну вентиляцію легень з позитивним тиском відповідно до діючих норм і правил реанімації;

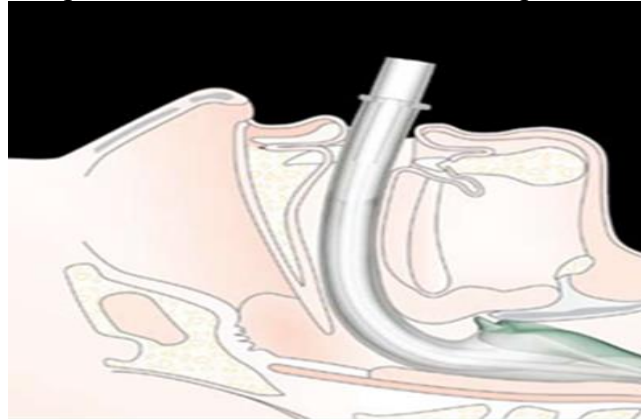
12. Оцініть звуки дихання і та адекватний підйом грудної клітки;

13. Одягніть шийний комір для запобігання зміщення пристрою.

Примітки до рекомендованої методики введення I-Gel:



- Введення можна здійснити менш ніж за 5 секунд. Вводити повітровід можна також, коли пацієнт знаходиться в латеральній позиції (на боку).
- Іноді відчуття опору виникає занадто рано в ході введення. Це може бути обумовлено проходженням чаші I-Gel між піднебінними дужками. Важливо продовжувати введення поки не виникне відчуття значного опору.
- У випадку, коли з'явилося відчуття опору і зуби знаходяться на рівні захисного блоку, не потрібно намагатися проштовхнути повітровід ще глибше чи прикладати надмірну силу під час введення.
- Для фіксації повітроводу використовуйте спеціальні фіксуючі смужки чи інші засоби, які є у вашому розпорядженні.
- Зазначте глибину введення повітроводу.
- Якщо це можливо, вимірюйте діоксид вуглецю (CO₂) в кінці видиху.
- Розгляньте можливість одягання шийного комір для запобігання зміщення повітроводу



- Видалення:
- Витягніть повітровід після відновлення захисних рефлексів;
 - При потребі проведіть аспірацію ротової порожнини.
- Пам'ятайте:
- Вводячи повітровід I-Gel під час проведення СЛР (серцево-легеневої реанімації), намагайтеся мінімізувати переривання СЛР і вводьте повітровід одночасно виконуючи СЛР.

	• При наявності ушкодження хребта чи підозрі на нього, зберігайте нейтральне пряме положення голови Маска ларингіальна I-GEL – є принципово новою і прогресивною конструкцією для підтримки прохідності дихальних шляхів. Правильно і коректно встановлена ларингеальна маска забезпечує достатню герметизацію дихальних шляхів і вільне дихання.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

14 Встановлення ларингеальної трубки (ЛТ) .

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Забезпечити прохідність дихальних шляхів у пацієнтів без свідомості, з зупинкою дихання.

Протипоказання: Пацієнти, що реагують на подразники, із збереженим блювотним рефлексом.

Застереження:

- блювота чи проникнення чужорідного тіла в дихальні шляхи;
- підвищений внутрішньошлунковий тиск.

Відносні протипокази к приміненню ЛТ 1. Високий ризик регургітації та аспірації (ожиріння, вагітність в останньому триместрі).

2. Необхідність в високому тиску вентиляції(важка астма).

3. Після прийому їжі .

4. Обструкція дихальних шляхів на рівні гортані або нижче (травми надгортанника, опіки ДШ, інородні тіла).

Ускладнення

Травма або парез нервів, внаслідок компресії тканин балонами трубки.

Інші: такі ж, як і у випадку ларингеальної маски.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манекену та оснащення.. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідеміч-ної)
Основний етап	Ручна вентиляція через лицьову маску за допомогою дихального мішка — найважливіша навичка у випадку коли дихальна функція пацієнта (-ки) скомпрометована. • Надгортанні повітроводи (ларингеальні маски та трубки) можна використовувати для забезпечення прохідності дихальних шляхів без необхідності інтубації трахеї. Надгортанні повітроводи не забезпечують захисту від аспірації, тому протипоказані пацієнтам (- кам) з таким ризиком. Згідно чинних настанов інтубацію трахеї повинна проводити лише компетентна особа яка має постійний досвід виконання цієї техніки. • Седативні засоби і м'язові релаксанти при інтубації повинні використовувати лише ті	Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00342. Забезпечення прохідності дихальних шляхів при невідкладних станах

	лікарі, які пройшли підготовку з анестезіології. • Якщо за допомогою цих методів не вдається забезпечити прохідність дихальних шляхів, то слід розглянути можливість проведення екстреної крикотиреотомії (конікотомії). • Вибір належного пристрою для забезпечення прохідності дихальних шляхів залежить від підготовки та досвіду лікаря. В невідкладних ситуаціях потрібно вміти швидко встановити такий пристрій зробивши максимум три спроби. 2. Встановлення Ларингеальної трубки (ЛТ). Ларингеальну трубку розміщують у глотці та стравоході. Вона оснащена двома балонами: стравохідним і глотковим. Може мати сліпе закінчення або мати окремий канал для шлункового зонда, натомість між балонами, на її боковій стінці, знаходяться отвори, через які після заповнення балонів дихальна суміш може надходити лише з трубки у гортань і назад. Трубка має конектор стандартного діаметру, до якого можна безпосередньо під'єднати вентиляційний мішок [Амбу]. Оснащення • Вибір розміру ЛТ залежить від віку та розміру пацієнта (-ки) Вибір розміру ЛТ(Розмір пацієнта (-ки). Колір ЛТ. Розмір ЛТ.) Діти- 12–25 кг- зелений- 2 -125–150 см- помаранчевий- 2,5 Дорослі < 155 см-жовтий- 3 155–180 см- червоний- 4 > 180 см-фіолетовий -5 • Шприц об'ємом 30 мл для роздування манжети • Клейка стрічка або бавовняний мотузок для закріплення трубки • Обладнання для оксигенації Забезпечення 1.Ларингеальна трубка відповідного розміру (розмір підбирають відповідно до зросту пацієнта — у випадку пацієнтів граничного зросту вибирають трубку більшого розміру). Приготування: 1) перевірте герметичність балонів ларингеальної трубки; 2) повністю спорожніть балони від повітря; 3) нанесіть анестезуючий гель на балони.	Для відкриття рота можна використати ларингоскоп, але це не обов'язково

	2. Шприц для наповнення балонів трубки (входить до набору разом з трубкою). 3. Інше забезпечення: таке ж, як і у випадку ларингеальної маски. Техніка проведення: 1. Відкрийте рот пацієнта пальцями однієї руки так, як у випадку встановлення ларингеальної маски. 2. Введіть трубку іншою рукою до рота пацієнта і просувайте її вглиб ротової порожнини, одночасно притискаючи язик трубкою. Просувайте трубку вглиб глотки, доки лінія різців пацієнта не опиниться між двома вузькими чорними кільцями, нанесеними на трубку (оптимально на рівні середнього, ширшого кільця). 3. Заповніть балони трубки відповідною кількістю повітря (шприц в наборі має кольорове маркування, об'єм повітря зазначений на шприці кольором, який відповідає кольору стандартного конектора трубки). 4. Переконайтеся у правильному положенні трубки, аускультуючи грудну клітку пацієнта. Додатково показаною є якісна або кількісна оцінка вмісту CO₂ у повітрі, що видихається через трубку. Переконайтеся, що трубка знаходиться на серединній лінії тіла пацієнта. 5. Перевірте, чи генерування високого тиску в дихальних шляхах не призводить до витіку дихальної суміші навколо балонів трубки. Якщо так, то додавання в балони кількох додаткових мілілітрів повітря може призупинити витік. Якщо витік не усунуто, видаліть трубку і, після оксигенації пацієнта, введіть на розмір більшу трубку. Незалежно від того, який пристрій використовується, необхідно проводити ретельну підготовку не тільки щодо розміщення, а й безперервної капнографії в кінці припливу як засобу для забезпечення первинного розміщення та запобігання нерозпізаному зміщенню пристрою.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

15. Встановлення надгортанних повітроводів. COMBITUBE (КОМБІТ'ЮБ).

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання:

- У пацієнтів у стані клінічної смерті (для максимально швидкого початку адекватної вентиляції легенів) ;
- У пацієнтів в несвідомому стані (для профілактики аспіраційного синдрому та проведення (ШВЛ);
- У випадках технічних труднощів при рутинній інтубації трахеї. Відсутність необхідності в прямій ларингоскопії при введенні ПТКТ робить її методом вибору при нестабільності шийного відділу хребта, переломі верхньої і нижньої щелепи.

Протипоказання Це, в першу чергу, обструкції дихальних шляхів, пов'язана з чужорідним тілом, набряком слизової або ларингоспазмом.

У цьому випадку трахеальне потрапляння трубки малоімовірно, а стравохідне не забезпечить адекватну прохідність дихальних шляхів і вентиляцію.

Враховуючи технічні складнощі з санацією трахеобронхіального дерева при стравохідному розташуванні СТКТ, недоцільно її використання при вираженій бронхореї (наприклад , при отруєнні ФОС) і набряку легенів.

Також слід уникати застосування СТКТ при захворюваннях і травмах стравоходу, прийомі всередину їдких або припікальних речовин (або даних про їх прийом в анамнезі).

У літературі є відомості про перфорації стравоходу з розвитком підшкірної емфіземи і пневмомедіастинума, пов'язаної із застосуванням ПТКТ.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манекену та оснащення.. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Ручна вентиляція через лицьову маску за допомогою дихального мішка — найважливіша навичка у випадку коли дихальна функція пацієнта (-ки) скомпрометована. • Надгортанні повітроводи (ларингеальні маски та трубки) можна використовувати для забезпечення прохідності дихальних шляхів без необхідності інтубації трахеї. Надгортанні повітроводи не забезпечують захисту від аспірації, тому протипоказані пацієнтам (- кам) з таким ризиком. Згідно чинних настанов інтубацію трахеї повинна проводити лише компетентна особа яка має постійний досвід виконання цієї техніки. • Седативні засоби і м'язові релаксанти при інтубації повинні використовувати лише ті лікарі, які пройшли підготовку з анестезіології. • Якщо за допомогою цих методів не вдається забезпечити прохідність дихальних шляхів, то слід розглянути можливість проведення екстреної крикотиомії (конікотомії). • Вибір належного пристрою для забезпечення прохідності дихальних шляхів залежить від підготовки та досвіду лікаря.	Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. Настанова 00342. Забезпечення прохідності дихальних шляхів при невідкладних станах

	В невідкладних ситуаціях потрібно вміти швидко встановити такий пристрій зробивши максимум три спроби. 1. COMBITUBE (КОМБІТ'ЮБ). Combitube – це трубка з подвійним каналом, яка вводиться наосліп вздовж язика до горла . Її будова уможливорює вентиляцію незалежно від того, чи трубка трапить до стравоходу чи до трахеї. Трахейний канал Combitube має отвір на дистальному кінці, натомість шлунковий канал закритий в кінці, але має кілька бічних отворів поміж ущільнювальними манжетами. Пристрій має меншу, дистальну манжету та більшу в проксимальній частині, яка служить для ущільнення горла. Наосліп введена трубка потрапляє зазвичай до стравоходу (95% випадків), тоді вентиляція пацієнта відбувається через шлунковий канал через бічні отвори, які знаходяться на рівні гортані або дещо вище. Дихальна суміш не трапляє до шлунку, тому що шлунковий канал закритий в кінці та має ущільнювальну манжету. Манжета, яка знаходиться в горлі унеможливорює витік повітря до ротової порожнини. Якщо трубка потрапляє до трахеї, вентиляція відбувається через трахейний канал, дистальний кінець якого відкритий. Опис трубки: Трубка 'КОМБІТ'ЮБ' розроблена для забезпечення прохідності дихальних шляхів у складних і термінових ситуаціях. Вона необхідна для здійснення екстреної інтубації та ефективної вентиляції легенів під час операцій, для відновлення дихання і серцевої діяльності, а також у палатах інтенсивної терапії. Ідеальна для термінового забезпечення прохідності дихальних шляхів у всіх областях стаціонарної й долікарської допомоги, включаючи всю службу швидкої допомоги, а також бригади служби порятунку та медицини катастроф. Стравохідно-трахеальна комбінована трубка (СТКТ) являє собою термопластичну двопросвічуючу трубку. Проксимальні кінці обох каналів закінчуються стандартними 15 -мм коннекторами і мають колірне і цифрове маркування - N 1 (блакитний) та N 2 (прозорий).	

	"Блакитний" канал (N 1) має глухий дистальний кінець і 8 бокових отворів. "Прозорий" канал (N 2) має відкритий дистальний кінець і позбавлений бічних отворів. СТКТ забезпечена 2 надувними манжетами з маркованими контрольними балонами і клапанами. Блакитний балон N 1 відповідає проксимально розташованій манжеті великого обсягу, Білий балон N 2 відповідає дистально розташованій манжеті малого обсягу . Методика застосування : СТКТ вводиться в рот і просувається вперед наосліп без використання ларингоскопа до тих пір, поки зуби не виявляться між двома чорними кільцями, нанесеними по колу трубки. Проксимальна манжета роздувається в області глотки за допомогою великого шприца через блакитний контрольний балон (об'ємом 80 або 100 мл у відповідності з розміром СТКТ). Це перешкоджає витоку дихального об'єму через рот і ніс у процесі ШВЛ. Для кращої герметизації іноді доводиться роздмухувати проксимальну манжету до 120-140 мл. За даними Frass M. і співавт., при такому перероздуванні мало ймовірна небезпека обструкції дихальних шляхів, так як манжета чаші зсувається в ротову порожнину, а не до надгортанника. Дистальна манжета роздувається за допомогою малого шприца через білий контрольний балон (об'ємом 12 або 15 мл у відповідності з розміром СТКТ). Найбільш часто СТКТ потрапляє в стравохід. У цьому випадку дистальна манжета обтурує просвіт стравоходу, перешкоджаючи регургітації шлункового вмісту. Дихальна суміш при стравохідному положенні трубки через бічні отвори "блакитного" каналу потрапляє в гортань і трахею . "Прозорий " канал СТКТ може використовуватися для декомпресії шлунка за допомогою катетера. При сліпому введенні ПТКТ пацієнтам, які перебувають у стані клінічної смерті або без свідомості , не виключено попаданні трубки в трахею.	

	У цьому випадку COMBITUBE функціонує як традиційна інтубаційна трубка - дистальна манжета obturiрує просвіт трахеї, попереджаючи аспірацію шлункового вмісту, а вентиляція легенів здійснюється через "прозорий" канал. Відразу після роздування манжет необхідно визначити місце розташування СТКТ. Якщо при вентиляції дихальним мішком через "голубий" канал є ознаки попадання повітря в легені (екскурсія грудної клітини, аускультативне підтвердження), то СТКТ знаходиться в стравоході і вентиляція повинна бути продовжена. Якщо ж ознаки попадання повітря в легені відсутні, то має місце трахеальне розташування СТКТ і дихальний мішок необхідно приєднати до "прозорого" каналу. При підтвердженому аускультативно-трахеальному розташуванні СТКТ проксимальна манжета в області глотки здувається для можливості проведення шлункового зонду. Таким чином, ефективна прохідність дихальних шляхів і вентиляція легенів забезпечується незалежно від того, де розташована трубка - в стравоході або в трахеї . Перевагами застосування СТКТ в порівнянні з традиційною інтубацією трахеї є швидкість маніпуляції, її менша травматичність і, що важливо, технічна простота, яка не потребує візуалізації голосової щілини. Особливості та переваги: Розміщується наосліп, без ларингоскопа. • Захищає дихальні шляхи від аспірації шлункового вмісту. • Індивідуального використання. • У набір входять шприци та відсасуючий катетер. • Унікальний дизайн дозволяє швидко встановити трубку і почати вентиляцію легень як при попаданні трубки в трахею, так і при попаданні в стравохід. • Немає необхідності у використанні ларингоскопу . • Глоткова манжета дозволяє утримувати трубку в правильному положенні і виключає витік дихальної суміші через рот або ніс. Додатковий просвіт по всій довжині трубки дозволяє виробляти аспірацію шлункового вмісту без переривання вентиляції, коли трубка Combitube™ встановлена в стравохід.	

	• Стравохідна манжета не дозволяє дихальній суміші потрапляти в шлунок, а шлунковому вмісту потрапляти в дихальні шляхи. • Призначена для стаціонарної і позалікарняної допомоги, включаючи всю службу швидкої допомоги, а також бригади служби порятунку та медицини катастроф. • рентгеноконтрастна смуга Tip- to - Tip для контролю над становищем трубки. Плюс-не потребує додаткового обладнання і вміння інтубувати Мінус-ціна-100 дол.США Ускладнення: Під час введення гострі краї зубів можуть ушкодити одну з ущільнювальних манжет. Описано підшкірну емфізему та навіть розрив стравоходу під час застосування Combitube, що може виникати з того, що пристрій відносно жорсткий та має фіксоване викривлення. Згідно з одним з ретроспективних досліджень у 3,5% випадків вентиляція проводиться через невластивий канал. Вентиляція через невластивий канал призводить до розтягування шлунку, що загрожує викидом вмісту шлунку та аспірацією.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

16. Конікотомія хірургічна.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Необхідність створення допоміжного дихального шляху в наступних випадках:

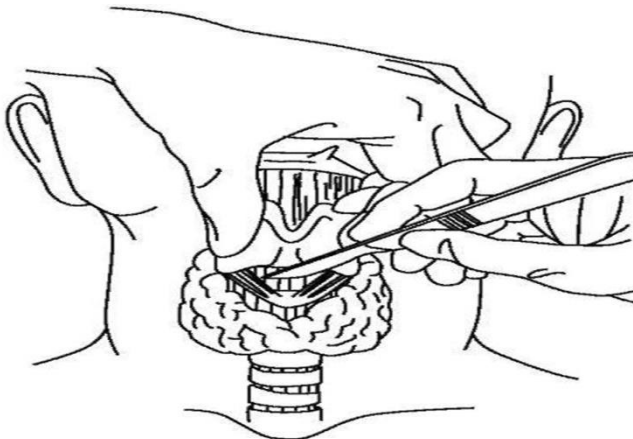
-Обширна ротолицева травма, що перешкоджає ларингоскопії.

-Обструкція верхніх дихальних шляхів внаслідок набряку, кровотечі або наявності стороннього тіла.

-Безуспішна ендотрахеальна інтубація.

Протипоказання: Діти молодше 12 років. Для попередження пошкодження перстневидного хряща перевага надається пункції крикотиреоїдної зв'язки голкою.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка спеціального манекенуї. Обладнання необхідне для виконання: ☐ Скальпель. ☐ Расширювач трахеї трахеї. ☐ Трахеостомічна або ендотрахеальна трубка. ☐ Антисептичний розчин, рукавички, серветки. ☐ Мішок Амбу і кисень. ☐ Шовний матеріал	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)

	□ Кровоспинні затискачі. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	
Основний етап	Алгоритм виконання: Пацієнт в положенні лежачи на спині, шия в нейтральній позиції. Обробіть антисептиком і відмежуйте стерильними серветками передню поверхню шиї, якщо дозволяє час. Пропальпуйте крикотиреоїдну зв'язку нижче щитовидного хряща по середній лінії шиї. Надійно фіксуйте щитовидний хрящ пальцями однієї руки і зробіть поперечний розріз завдовжки приблизно 2 см через крикотиреоїдну зв'язку. Неможливість канюлювати трахею може бути пов'язана із створенням помилкового ходу в тому випадку, якщо крикотиреоїдна зв'язка повністю не розігнута. Кращим способом уникнути цього є захоплення рукою щитовидного хряща і фіксація трахеї по середній лінії у момент розкриття крикотиреоїдної зв'язки .  Введіть трахеальний розширювач у бік нижньої частини трахеї і обережно розведіть краї рани. За відсутності трахеального розширювача, введіть в розріз упоперек трахеї руківя скальпеля і поверніть її на 90° для збільшення отвору в крикотиреоїдній зв'язці. При введеному трахеальному розширювачі введіть трахеостомічну трубку а потім витягніть розширювач. При неможливості використання розширювача скористайтесь малим ретрактором. Роздуйте манжету 5 мл повітря, приєднайте мішок Амбу і проводьте вентиляцію пацієнта 100% киснем. Проведіть аускультацию легень пацієнта і переконайтеся, що дихальні шуми вислуховуються симетрично з обох боків.	ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА. ДОГОСПІТАЛЬ-НИЙ ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ Для попередження пошкодження спинного мозку ведення травмованих пацієнтів повинне здійснюватися так, як при пошкодженні шийного відділу хребта до тих пір, поки за допомогою клінічного і рентгенологічного обстеження цей діагноз не буде виключений.

	При наявності поверхневої кровотечі, зупиніть її пальцевим натисненням, затискачем або, при необхідності, накладенням лігатур. Фіксуєте трахеостомічну трубку до шкіри. 7. Можливі ускладнення і їх усунення: Кровотеча – звичайно поверхнева і зупиняється самостійно, при необхідності зупиніть пальцевим натисненням, накладіть затискач або лігатури. Пошкодження стравоходу – може виникати при травмі скальпелем задньої стінки трахеї, (виконуйте розріз поверхнево, зупиніться, як тільки розкриєте крикотиреоїдну зв'язку,). При підозрі на пошкодження стравоходу - негайна консультація хірурга.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

17. Алгоритм проведення електричної дефібриляції мануальним (ручним) дефібрилятором.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Клінічна смерть. Ритми до дефібриляції.

Протипоказання: Клінічна смерть. Ритми не до дефібриляції.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка спеціального манекену для дефібриляції. Підготовка дефібрилятора-монітора. Перевірка наявності гелю, серветок. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу. Проведення дефібриляції не повинно нести ризик для тих, хто надає допомогу. Не слід торкатися до труб водопровідної, газової чи опалювальної мережі. Потрібно виключити можливість інших варіантів заземлення персоналу і можливість дотику оточуючих до хворого в момент нанесення розряду. Необхідно проконтролювати, щоб ізолювальна частина електродів і руки працюючого з дефібрилятором були сухими.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	1. Підключіть дефібрилятор до мережі і натисніть кнопку вмикання (“Сеть”, “Вкл” чи інш.). 2. Електроди дефібрилятора змастіть електропровідним гелем або грудну клітку пацієнта в місцях накладання електродів накрийте салфетками 15х15 см змоченими гіпертонічним розчином. 3. Притисніть електроди до грудної клітки в положенні вказаному в інструкції з зусиллям	<u>Змінімізуй час від припинення натискання грудної клітки до виконання розряду – цей час не повинен перевищувати 10 секунд.</u> ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

	рівним 8 кг для дорослих (5 кг для дітей у віці 1-8 років).. 4.Після підтвердження за допомогою класичних електродів дефібрилятора на дисплеї ритмів VF (ШТ-Шлуночкова тахіардія без пульсу) або VT(ФШ - фібриляція шлуночків) негайно приступають до реалізації частини клінічного протоколу “ритм до дефібриляції” 5.Переконайтесь, що у пацієнта на сонних артеріях пульс не визначається, а на моніторі спостерігається шлуночкова тахікардія без пульсу чи фібриляція шлуночків. <u>Виконуйте дефібриляцію.</u> 6.Перемикач вибору енергії встановіть в положення 360 Дж для монофазних(устарівші) або 150-200 Дж для біфазних дефібриляторів для першого розряду. Діти-4 Дж/кг 9.Натисніть і одночасно утримуйте кнопку заряду до загоряння лампочок в кнопках на ручках електродів. 10.Скомандуйте« Відійти від пацієнта!» щоб всі зайняті в реанімаційних заходах відійшли від пацієнта і не торкались металевих частин ліжка. Переконайся візуально у тому, що ніхто не торкається пацієнта. 11.Притисніть електроди до грудної клітки в положенні вказаному в інструкції з зусиллям рівним 8 кг для дорослих (5 кг для дітей у віці 1-8 років) і натисніть одночасно на кнопки дефібриляції з оголошенням: “ Перший розряд”. 12. Без оцінки ритму та перевірки пульсу розпочни СЛР з натискань грудної клітки у співвідношенні 30 : 2. На протязі перших 2-х хвилин після відновлення нормального ритму скоротливість міокарду не достатня для оптимального серцевого викиду 13.Продовжуй СЛР 2 хвилини, потім зроби коротку перерву, щоб оцінити ритм. 14.Якщо утримується VF/VT, повтори пункти 4-11, представлені вище, та виконай другий розряд.(Для наступних розрядів 150-360 Дж для двофазних(біфазних) та 360 Дж для однофазних (монофазних) дефібриляторів). Відразу продовжуйте алгоритм СЛР -2 хвилини. 15.Через 2 хвилини перевірте за пульсом на магістральних судинах і на дисплеї дефібрилятора чи не відновилися самостійні серцеві скорочення.	ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: ЗУПИНКА СЕРЦЯ (ФІБРИЛЯЦІЯ ШЛУНОЧКІВ/ ШЛУНОЧКОВА ТАХІКАРДІЯ) <u>Як що ритми не до дефібриляції продовжуйте СЛР з перевіркою ритму кожні 2 хвилини.</u> НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ: ЗУПИНКА СЕРЦЯ (АСИСТОЛІЯ/ БЕЗПУЛЬСОВА ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ) Якщо пацієнт заінтубований і кисень подається через інтубаційну трубку, можна не від'єднувати подачу кисню. У разі якщо вентиляція проводиться через лицьову маску або повітропровід, слід від'єднати і прибрати шланг з подаються киснем не менше ніж на 1 метр від місця проведення дефібриляції. Без переривання компресий грудної клітини якомога раніше роблять внутрішньовенний(в.в.) або внутрішньокістковий (в.к.) доступ. Лікарські препарати вводять без переривання компресий грудної клітини. Лікарський препарат, що вводиться безпосередньо після розряду, буде поширений по судинах в ході компресій грудної клітини, відновлення яких

	16. Як що не відновились продовжуємо цикл: дефібриляція-СЛР. Наносять 3-й розряд у тих же режимах і без паузи продовжують СЛР 30:2 упродовж 2 хв. 17. Якщо утримується VF/VT, то після третього розряду необхідно ввести 1 мг адреналіну 1 мл в 19 мл ізотонічного розчину натрію хлориду та аміодарону 300 мг 6 мл в 14 мл 5 % глюкози в/в або в/к паралельно з проведенням СЛР!!! Якщо аміодарон відсутній, можна використати лідокаїн у дозі 1 мг/кг маси тіла- набрати в шприц 20 мл і довести фізіологічним розчином до повного об'єму. 18. Через 2 хвилини перевірте за пульсом на магістральних судинах і на дисплеї дефібрилятора чи не відновилися самостійні серцеві скорочення. . Як що не відновились продовжуємо цикл: дефібриляція-СЛР. Наносять 4-й і т.д. розряд у тих же режимах і без паузи продовжують СЛР 30:2 упродовж 2 хв. 18. Адреналін повторюють кожні 3-5 хвилин. 19. Кордарон повторюють після 5-го безуспішного розряду в дозі 150 мг або Лідокаїн 0,5 мг/кг . 20. Якщо відновився нормальний ритм: ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА. ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ. ДОПОМОГА ДОРΟΣЛИМ ПАЦІЄНТАМ ПІСЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ СПОНТАННОГО КРОВООБІГУ	починають негайно після дефібриляції.
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

18. Катетеризація зовнішньої яремної вени

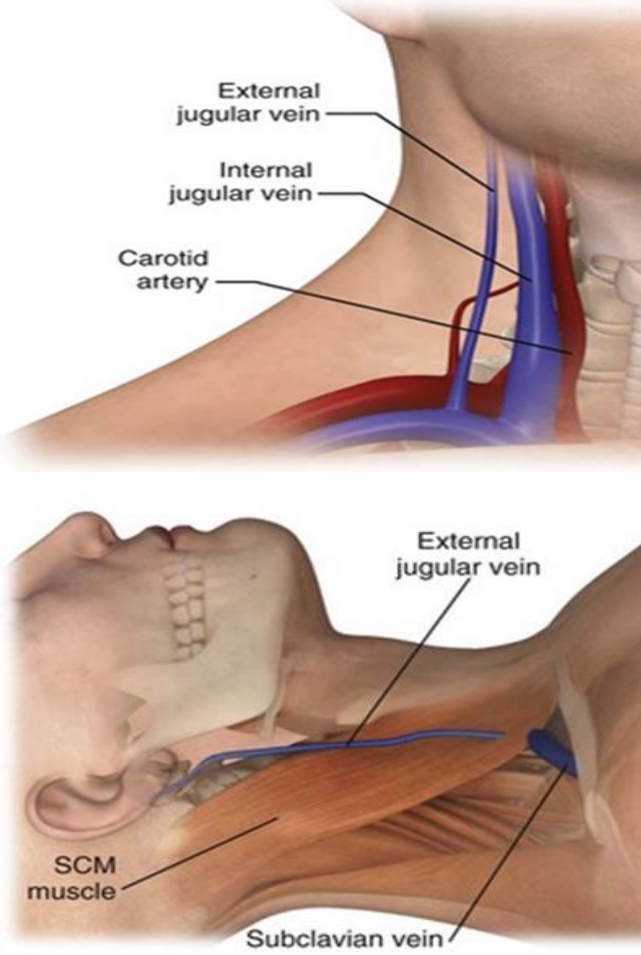
Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: Клінічна смерть

• моніторинг ЦВТ; • парентеральне харчування; • тривала інфузія лікарських препаратів; • введення інотропних препаратів; • гемодіаліз; • неможливість пункції периферичної вени; • відносно безпечна при коагулопатіях.

Протипоказання: • хірургічне втручання на шиї в анамнезі (на стороні катетеризації); • гнійно-запальні процеси поблизу місця катетеризації; • венозний тромбоз.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка спеціального манекену . Оснащення: • антисептик для обробки шкіри;	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)

	• місцевий анестетик (1% розчин лідокаїну); • маска, стерильні гумові рукавички, серветки і тампони; • шприц, ін'єкційні голки (25 калібру); • голка для катетеризації 16 калібру з катетером поверх голки, скальпель, J9 подібний провідник; • шовний матеріал; • система для внутрішньовенних вливань Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	
Основний етап	Анатомія зовнішньої яремної вени  Анестезія. Маніпуляція виконується під місцевою анестезією 1% розчином лідокаїну. Положення пацієнта. Лежачи на спині в положенні Тренделенбурга (за винятком хворих з легеневою гіпертензією, застійною серцевою недостатністю, порушенням дихання). Голова пацієнта повинна бути повернута на 45° у протилежну від пункції сторону. Техніка проведення маніпуляції. Для першої спроби вибрати вену з правої сторони, яка визначається попереду грудинно-ключично-сосцевидного м'яза. Прийом Valsalva може бути корисним у визначенні вени у дегідратованих пацієнтів, але через наявність клапанів грудний тиск не	

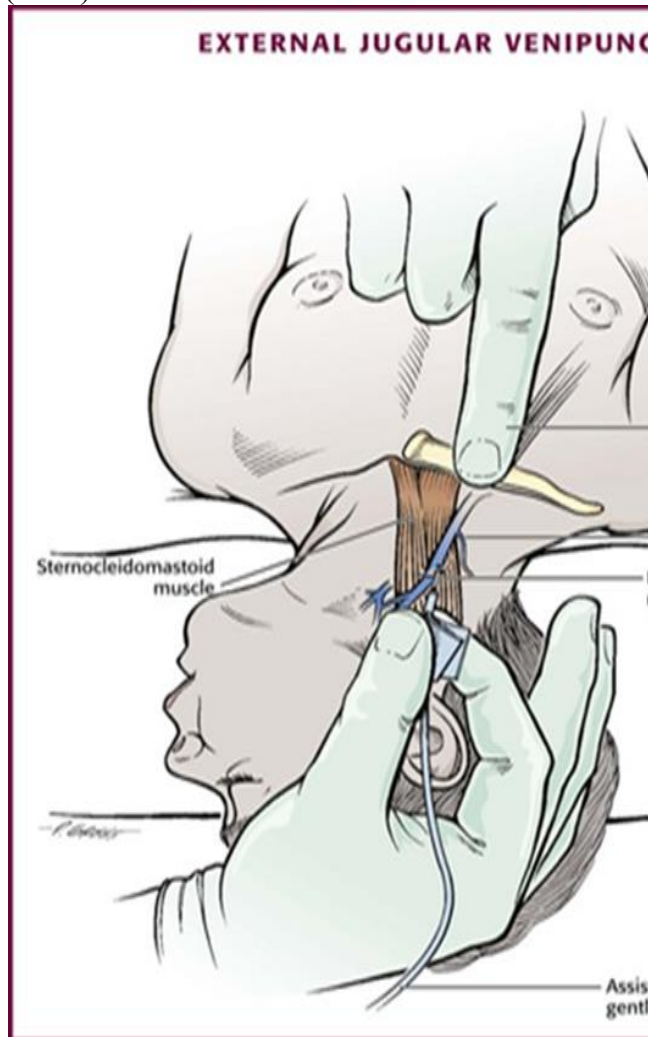
завжди передається на зовнішню яремну вену.

Дотримуючись стерильності, надягніть маску, халат.

Обробіть шкіру підключичної й надключичної ділянок з боку пункції антисептиком і відмежуйте її стерильними серветками.

Введіть анестетик голкою 25 калібру в шкіру та підшкірну клітковину. Завжди підтягуйте поршень на себе перед введенням анестетика, тому що вена може бути дуже поверхнево. Нащупайте другою рукою пульс на сонній артерії.

1.Алгоритм виконання -Встановлення периферичного внутрішньовенного катетера (ПВК)



2.Методика по Сельдингеру.

Візьміть шприц та голку 16 калібру та виконайте пункцію під кутом 20°у напрямку до фронтальної площини.

Часто виникають труднощі через рухливість зовнішньої яремної вени, тому потрібна фіксація вени та різкий, впевнений рух.

При клінічній смерті-без.

Венозний джгут не накладаємо.

Пальцьове притискання вени дистально.

	Якщо в шприці з'явилась венозна кров, введіть голку на кілька міліметрів у вену та установіть катетер поверх голки, катетер не треба заводити на всю довжину через можливу наявність клапанів. Шприц та голка виймаються та обережно вводиться J-подібний провідник на 20 см. По провіднику заводиться катетер. Якщо необхідно провести трьохходовий катетер, то після надрізу скальпелем спочатку вводиться венозний дилататор, а потім катетер. Важливо завжди утримувати провідник (!). Витягніть провідник, аспіруйте кров для підтвердження внутрішньовенного положення катетера, почніть інфузію стерильного ізотонічного розчину. Фіксуйте катетер до шкіри шовковими швами. Накладіть стерильну пов'язку. Встановіть швидкість внутрішньовенної інфузії 20 мл/годину та виконайте рентгенографію грудної клітки для підтвердження положення катетера. Можливі ускладнення та їх усунення. Катетеризація успішна в 80% випадків. (ПВК-до 90%-найвища серед периферичних вен) Прокол сонної артерії практично не зустрічається. Ненавмисна пункція каротидного клубочка може призвести до тимчасового розвитку синдрому Горнера, який проходить самостійно. Передсердні або шлуночкові аритмії пов'язані з подразненням правого передсердя та правого шлуночка провідником чи катетером і, звичайно, проходять після переміщення катетера в верхню полу вену. Стійкі аритмії вимагають медикаментозної терапії. Місцева гематома спостерігається в 1-5% випадків.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

19. Методика внутрішньокісткового доступу

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання:

- новонароджені, діти усіх вікових груп та дорослі у стані клінічної смерті у випадках, коли не вдається швидко забезпечити доступ через периферичну вену-до 60 секунд (у зв'язку з вирішальним значенням часу в таких випадках канюляцію ВК простору слід вважати більш пріоритетною, ніж катетеризацію центральної вени або венесекцію);

- пацієнти з невідкладною гострою хірургічною або терапевтичною патологією тяжкого ступеню (політравма, опіки, шок, сепсис, епілептичний статус) у випадках, коли не вдається швидко забезпечити-

ти доступ через периферичну вену;

- пацієнти, яким судинний доступ необхідний за клінічними показаннями для проведення внутрішньовенної медикаментозної терапії, без якої не можна обійтись, але яким його не вдається забезпечити іншими шляхами та методами, незважаючи на численні попередні спроби.

Протипоказання:

Переломи в тій же кінці, що і цільова кістка.

Попередня операція, що включає апаратне забезпечення кістки, спрямоване на внутрішньокістковий доступ.

Зараження на місці введення або в межах цільової кістки.

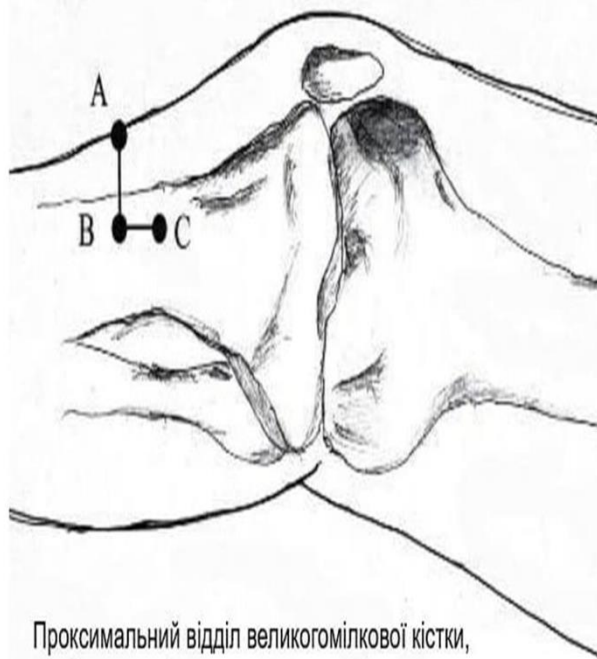
Попередній невдалий внутрішньокістковий доступ протягом 24 годин в цільову кістку.

Неможливість розташування орієнтирів.

Захворювання кісток, такі як недосконалість остеогенезу, остеопетроз і важкий остеопороз, можуть бути протипоказаннями в залежності від приладу.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Існують три основні методики та, відповідно, три групи технічних пристроїв для канюляції ВК простору у дітей та дорослих: 1. Мануальні пристрої, до яких відносяться голки Jamshidi (виробник - Cardinal Health, McGraw Park, Illinois, USA), Dieckmann (виробник - Cook Critical Care, Bloomington, Indiana, USA) та деякі інші, призначені для ручного їх вкручування в кістку переважно у пацієнтів молодшого віку з незрілим скелетом і представляють собою порожнисті сталеві голки, оснащені внутрішнім троакаром для запобігання закупорці кістковими фрагментами, рукояткою для розміщення долоні лікаря та пересувним бортиком/фланцем (або мітками) для регулювання (або контролю) глибини канюляції; 2. Напіваавтоматичні пружинно-ударні пристрої, до яких відносяться FAST1® для доступу через грудину та B. I. G®, NIO -для доступу через довгі трубчасті кістки, мають наступні характеристики: • <u>перший тип</u> , пристрій FAST1® Intraosseous Infusion System та його модифікація FASTx™ Sternal Intraosseous Device (виробник - Pyng Medical Corporation, Vancouver, Canada), призначений для забезпечення стерального ВК доступу у пацієнтів віком 12 років та більше й оснащений механізмом контролю глибини пенетрації у вигляді кількох	Швидкість інфузії, якої вдається досягнути при ВК доступі, зазвичай, еквівалентна швидкості інфузії, яка досягається при периферичному внутрішньовенному доступі через канюлю 20-G. Початок дії медикаментів та їх концентрації після ВК введення під час серцево-легеневої реанімації наближаються до тих, що досягаються після внутрішньовенного. В експериментах на тваринах продемонстровано, що ВК шлях введення медикаментів може бути таким же ефективним, як і внутрішньовенний через центральну вену, та навіть більш ефективним, ніж внутрішньовенний через периферичну вену .

	розміщених по периметру кола голок-щупів, що точно визначають глибину грудини і перешкоджають випадковій канюляції середостіння, та центрально розміщеною голкою-канюлею, що при сильному натискуванні на пристрій проникає з допомогою розміщеної всередині нього пружини в інтрамедулярний простір грудини ; • <u>другий тип</u>, кістково-ін'єкційний пістолет B. I. G® Bone Injection Gun (виробник - WaisMed Ltd, Houston, Texas, USA), призначений для забезпечення переважно великогомілкового ВК доступу у дітей та дорослих (доступний, відповідно, у 2-х різних розмірах) і має потужну пружину, що після видалення запобіжного стопорного штифта і натискання на спусковий гачок заганяє канюлю в інтрамедулярний простір кістки; 3.Напівавтоматичні акумуляторно-дрилеві пристрої, до яких відноситься голковий драйвер («голковерт») EZ-IO® (виробник - VidaCare Corporation., Shavano Park, Texas, USA), призначені для канюляції ВК простору у пацієнтів усіх вікових груп і оснащені електричним джерелом енергії у вигляді акумуляторної батареї та набором з 3-х голок різної довжини (для дітей та дорослих). Проксимальний відділ великогомілкової кістки (використовується для забезпечення ВК доступу у пацієнтів усіх вікових груп - дітей, підлітків та дорослих.	За відсутності протипоказань першу спробу ВК доступу в усіх пацієнтів рекомендують починати з проксимального відділу великогомілкової кістки.



Проксимальний відділ великогомілкової кістки, приблизно на 3 см нижче за надколінник та на 2 см медіально.

А. Мануальна канюляція:

1. Утримуйте голку між II і III пальцем, таким чином, щоб пластиковий кінець інструменту знаходився на долоні.
2. Вколуйте голку під кутом 90° до поверхні кінцівки, виконуючи при цьому одночасно обертальний рух; раптове зникнення опору означає потрапляння до кістково-мозкового каналу.
3. Відкрутіть ковпачок при основі голки і видаліть з середини троакар.
4. Під'єднайте шприц і спробуйте аспірувати кістковий мозок. Поява кісткового мозку в шприці підтверджує правильне положення голки. Якщо ви не отримали кістковий мозок і голка все ще знаходиться нерухомо в кістковій тканині, проведіть пробу, щоб підтвердити канюляцію кістково-мозкового каналу введенням рідини ($\rightarrow$ нижче).
5. До основи голки під'єднайте триходовий краник (буде використовуватися для введення лікарських засобів) та систему для крапельної інфузії. Якщо ін'єкція або інфузія рідини не викликає набряку в ділянці проколу, то це означає, що голка знаходиться в кістково-мозковому каналі.

	6. Якщо внутрішньокістковий доступ вже більше не потрібний, видаліть його — зафіксуйте кінцівку, міцно візьміть тіло голки та витягуйте її, одночасно повертаючи навколо поздовжньої осі. Б.Автоматична канюляція голкою Bone Injection Gun (B.I.G.): 1. Виберіть необхідну глибину проникнення шляхом відкручування манжети з циліндра корпусу (положення Prox. Tibia). 2. Прикладіть пристрій в потрібному місці перпендикулярно до поверхні шкіри, тримаючи його в руці так, як внутрішньокісткову голку. 3. Стисніть 2 частини запобіжного фіксатора і витягніть його з корпусу. 4. Запустіть механізм пристрою, натиснувши на верхню частину корпусу ручки. 5. Відкрийте голку, шляхом від'єднання пластмасової частини пристрою. 6. Видаліть троакар з середини голки. 7. Далі продовжуйте, як при мануальній канюляції. Фіксатор, який було видалено з пристрою, можна використовувати для захисту (фіксації) голки. 8. Видалення: зафіксуйте кінцівку, під час екстракції обертайте голку навколо осі; для видалення голки може знадобитися затискач або інший хірургічний інструмент, який дозволяє міцно захопити виступаючу основу голки. В. Набір EZ-IO: 1. Під'єднайте голку до дреля EZ-IO. 2. Встановіть голку над вибраним місцем перпендикулярно до поверхні шкіри. 3. Без увімкнення дрелю проколите шкіру голкою і торкніться нею до поверхні кістки. 4. Увімкніть дріль та продовжуйте просування голки аж до зникнення опору. 5. Від'єднайте дріль, далі відкрутіть пластмасову частину голки, що містить троакар. 6. Під'єднайте шприц і спробуйте аспірувати кістковий мозок (→вище). 7. Накладіть пов'язку EZ Stabilizer (рекомендована виробником). 8. До основи голки під'єднайте триходовий краник (буде використовуватися для введення лікарських засобів), а також	Канюляція ВК простору вважається відносно безпечною маніпуляцією. За даними літератури, частота ускладнень при ВК шляху забезпечення судинного доступу становить менше 1 %

	систему для краплинної інфузії. Якщо струминне введення (→вище) або краплинна інфузія рідини не викликає набряку в ділянці канюляції, то це означає, що голка знаходиться у кістково-мозковому каналі. 9. Видалення: зафіксуйте кінцівку, приєднайте до голки шприц з наконечником типу Luer Lock, обертайте голку вправо, одночасно її витягуючи. До потенційних ускладнень ВК доступу належать травматичні (перелом кістки, компартмент-синдром), інфекційні (некроз шкіри, підшкірний абсцес, остеомієліт) та емболічні (жирова або кістково-мозкова емболія). ВК доступ є еквівалентним центральному катетеру щодо швидкості надходження лікарських засобів, і при цьому має доведений менший ризик ускладнень. Препарати, введені в грудину, великогомілкову кістку, головку плечової кістки досягають центрального кровообігу за декілька секунд. <u>Тому введення препаратів до 5 мл є так ефективно як і при центральному венозному доступі.</u> Однак швидкість введення рідини при потребі в великих об'ємах дещо менша в порівнянні, чим при введенні в вену і приблизно дорівнює швидкості інфузії через катетер 20 розміру. Правильно налагоджена система дозволяє вводити розчин з швидкістю до 30 – 50 мл за хвилину (під тиском можливо досягти швидкості введення до 200 мл).	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

20. Невідкладна допомога при анафілаксії.

Місце проведення: Тренінговий реанімаційний центр

Показання: АНАФІЛАКСІЯ. Пов'язані назви -Анафілактичний шок (гіпотензія).

Мета надання допомоги :

1. Провести своєчасну терапію з приводу загрозливих для життя реакцій на відомі або підозрювані алергени, а також запобігання шоку та колапсу.

2. Проведення симптоматичного лікування для зменшення симптомів, що були викликані відомими або підозрюваними алергенами.

Критерії включення -Пацієнти усіх вікових груп з підозрою на анафілаксію.

Критерії виключення: Рекомендації відсутні

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	Застосувати засоби індивідуального захисту. Підготовка манікену. Перевірка безпечності місця проведення тренінгу.	Забезпечується виконання правил безпеки(в т.ч. протиепідемічної)
Основний етап	Анафілаксія (грец. ανα — проти і φυλαξις — захист)(беззахистність)— один з проявів алергії. Анафілаксія – тяжка форма, загрозлива для життя, генералізованої або системної реакції(2 і більше системи) гіперчутливості, яка характеризується швидким початком з небезпечними для життя порушеннями дихання та кровообігу і, МОЖЛИВО, ураженням шкіри та слизових оболонок. Крайнім ступенем анафілаксії є анафілактичний шок(анафілаксія зі значними порушеннями гемодинамики: <u>зниження систоличного артеріального тиску нижче 90 мм. рт. ст. або на 30% від попереднього рівня, які приводять до ГДН та ГССН.</u> Визначення анафілаксії • Будь-який гострий патологічний стан, що викликає типові ураження шкіри (кропив'янку, еритему та / або ангіоневротичний набряк), із залученням респіраторних та / або серцево-судинних та / або стійких симптомів ураження шлунково-кишкового тракту; - або • Будь-який випадок різкої та критичної гіпотензії або бронхоспазму, або обструкції верхніх дихальних шляхів, причиною яких може бути анафілаксія, навіть за умови відсутності характерних проявів на шкірі. Найпоширеніші тригери анафілаксії - це їжа, укуси комах та ліки. Анафілаксія визначається по будь-якій з наступних ознак: • Утруднене / голосне дихання • Набряк язика • Набряк гортано-глотки • Складність розмови та / або хрипкий голос • Хрип або раптовий стійкий кашель • Стійке запаморочення або колапс • Блідість та в'ялість (маленькі діти) • Біль у животі, блювання (при укусі комах або алергія на введений препарат (медикаменти)). <u>Ведення пацієнтів .Оцінка стану:</u> 1. Оцініть прохідність дихальних шляхів та наявність набряку ротової порожнини.	1.Наказ Міністерства охорони здоров'я України 30 грудня 2015 року № 916 УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ... МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ-МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ АНАФІЛАКСІЮ 2.Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05.06.2019 № 1269 ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП. НОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ <u>3.4. АНАФІЛАКТИЧНА ТА АЛЕРГІЧНА РЕАКЦІЯ.</u> (Адаптовано з заснованої на доказах настанови, розробленої з використанням Національної Моделі процесу розробки настанови на основі доказової медицини). Важливим є постійний моніторинг дихальних шляхів та дихання пацієнта.

	2. Аускультуйте грудну клітку для виявлення свистячих звуків та оцініть дихальні зусилля. 3. Оцініть адекватність перфузії. 4. Оцініть наявність ознак анафілаксії. 4.1. Анафілаксія - ускладнення, яке характеризується гострим проявом у вигляді: а) <u>подразнення шкіри (кропивниця) та/або слизової оболонки з одночасним порушенням дихання та/або зниженням АТ (артеріальний тиск);</u> АБО б) гіпотензії у пацієнтів після впливу відомого алергену: - дорослі: систолічний тиск менше 90 мм.рт.ст. ; АБО в) два або більше з наведених симптомів проявляються одразу після дії потенційного алергену: - подразнення шкіри та/або слизової оболонки (кропивниця, свербіж, набряк язика/губ, подразнення шкіри відсутнє у 40% випадків анафілаксії - порушення дихання (диспное, свист, стридор, гіпоксемія) - стійкі симптоми в шлунково-кишковому тракті (блювання, біль у животі, діарея) - гіпотензія або пов'язані симптоми (втрата свідомості, нетримання сечі). <i>Попри розповсюджену думку, що кожен випадок анафілактичного шоку супроводжується таким шкірними проявами як набряк слизової оболонки чи почервоніння шкіри, велика кількість подібних випадків анафілаксії проходить без прояву подібних симптомів на перших стадіях. Більше того, більшість фатальних реакцій внаслідок анафілаксії, спричиненої прийомом їжі у дітей, не були пов'язані з наявністю симптомів на шкірі пацієнта.</i> 4.2. Алергічні реакції, не пов'язані з анафілаксією. Ознаки зачіпають лише одну систему органів (наприклад, локалізований ангіоневротичний набряк, який не порушує прохідність дихальних шляхів або не пов'язаний з блюванням; тільки висип). <u>Реанімаційні засоби повинні бути доступні постійно для всіх щеплень(інвазивних медичних процедур). Вакцинацію слід проводити лише в тих установах, де доступні реанімаційні заходи!!!!</u>	Нормальні життєві показники (Вік -Дорослі (15 років та старші)): - Пульс- 60-90 в хв.. -Частота дихання- 14-20 в хв.. -Систолічний артеріальний тиск -90-130 мм.рт.ст Виконай повну вступну оцінку. Лікуй проблеми, що загрожують життю!!! Виконай оцінку заново. Оціни ефекти лікування.

	Тахікардія; Уповільнення часу наповнення капілярів (>2 секунд); Зниження рівня або втрата свідомості; Артеріальна гіпотензія;* Зупинка кровообігу. *Може бути першим проявом анафілаксії. D-Disability- Неврологічний статус. Реакція зіниць на світло, AVPU, (GCS), глікемія, симетрія сили м'язів, застосовані ліки. Зміни поведінки: -відчуває запах, -зміна кольору, -страх смерті - і т.п.). Зміна емоційного стану : Збудження; Пригнічення; Зміна рівня свідомості: Шкала AVPU E-EXPOSURE-Експозиція / огляд). E – обстеження живота, пульс на стегнових артеріях, варикозне розширення вен, набряки на нижніх кінцівках, шкіра – зміни, рани, висипання, зміни на спині, анамнез- SAMPLE. Еритема; Кропив'янка; Набряк Квінке. Визначаються при $\geq 80\%$ анафілактичних реакцій; Часто є першими ознаками. SAMPLE S – symptoms -симптоми головний біль, судоми, ортостатичні симптоми, нудота, загальна слабкість, зміни свідомості. A – allergies - алергії- Наявні у пацієнта алергії мають значення усі види алергії, а не лише медикаментозна алергія. M – medicaments - ліки- Медикаменти, які приймає пацієнт постійно, та які приймав напередодні звернути увагу на ті, які здатні спровокувати виникнення гіпертермії та гіпотензії. P – past, pregnancy – попередні захворювання, вагітність у жінок- Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання та вагітність звернути увагу на наявні хвороби серцево-судинної системи, аритмії. L – lunch - останній прийом їжі- має значення пероральний прийом їжі та води .	1. Раптовий початок і швидкий прогрес клінічних проявів 2. Небезпечні для життя проблеми з прохідністю дихальних шляхів та диханням і/або кровообігом Незважаючи на відсутність проспективних даних, існує одностайна думка про те, що пацієнти повинні знаходитися в положенні лежачи на спині, якщо це не протипоказано внаслідок активного блювання, дихальної недостатності або вагітності; в цьому разі рекомендовано положення лежачи на лівому боці. Підвищене положення ніг (або положення Тренделенбурга) з використанням поворотного стола, залишається спірним

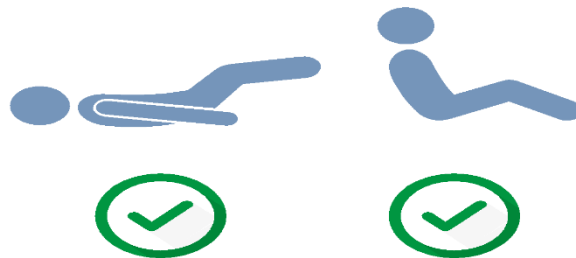
Е – etcetera - обставини появи

симптомів, решта анамнезу - Події, що призвели до випадку- тривале перебування в середовищі з високою температурою повітря та високою вологістю, перебування в замкненому просторі з високою температурою, під дією прямих сонячних променів, тривале фізичне навантаження Лікування та втручання :

1. Положення пацієнта--Пацієнта з анафілаксією слід :

а. покласти на спину з піднятими нижніми кінцівками, якщо він виявляє нестабільність кровообігу,

б. перевести у позицію «сидячи», якщо він виявляє дихальну недостатність



в. Пацієнта з анафілаксією слід перевести у у рятівне положення на боці, якщо пацієнт втратив свідомість.



2. Слід зупинити дію тригера анафілактичної реакції. Припинення контакту з алергеном! Припиніть введення препарату (наприклад, інфузію можливого чинника);

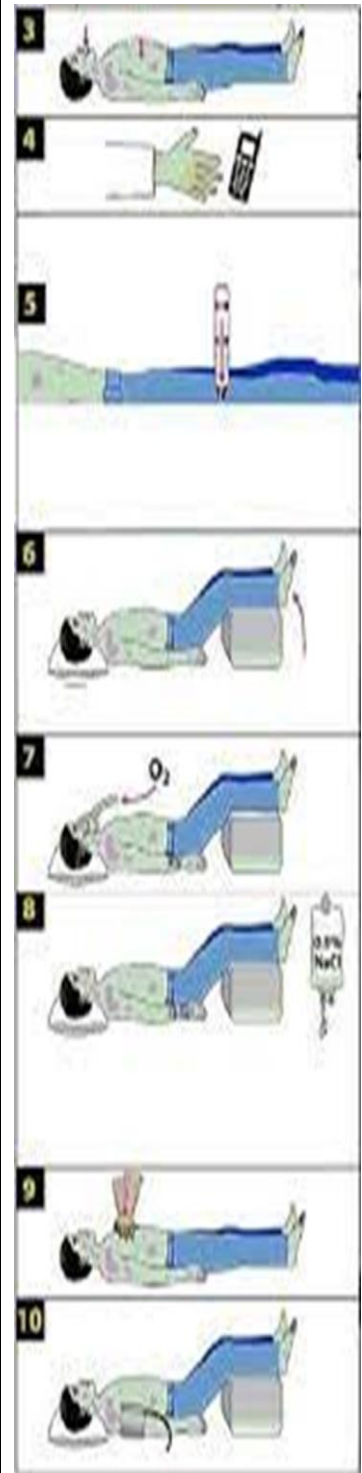
Видаліть жало після укусу бджоли;

Не затримуйте специфічного лікування, якщо тригер неможливо швидко видалити.!!!!

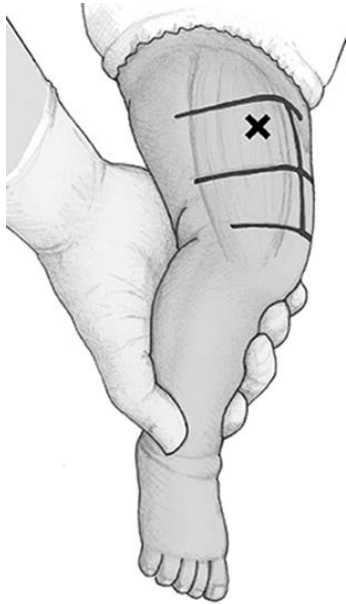
3. Оцініть кровообіг, дихання, психічний стан та вагу пацієнта. Швидко і одночасно здійснити кроки 4, 5 і 6

4. Зверніться за допомогою до служби невідкладної (екстреної) допомоги. Слід

питанням.



Ввести епінефрин внутрішньом'язово у передньолатеральну ділянку стегна. Є найкращим при лікуванні анафілактичних реакцій! :
-Більш безпечний;
-Не вимагає судинного доступу;
-Легко виконується.
в зовнішню поверхню середньої третини стегна

	викликати допомогу оперативно і одночасно з оцінкою стану пацієнта. У пацієнтів з анафілаксією слід негайно оцінити функції дихальних шляхів, дихання, кровообігу. Смерть настає в результаті ураження верхніх дихальних шляхів, нижніх дихальних шляхів та/або внаслідок серцево-судинних порушень. При зупинці серця має бути негайно призначена серцево-легенева реанімація. 5. Епінефрин впливає на альфа-1-рецептори і викликає звуження периферичних судин, тим самим спричиняє реверсію гіпотензії та набряку слизової оболонки, посилюючи частоту і силу серцевих скорочень. Це потенційно може врятувати життя пацієнта, і тому <u>епінефрин повинен вводитись усім пацієнтам з анафілаксією, а також пацієнтам з клінічними ознаками, які можуть перерости в анафілаксію.</u> <u>Адреналіну гідрохлорид 0,1% - 1 мл.</u> В 1 мл рідини - 1 мг активного компоненту – Епінефрину. Адреналіну гідротартрат 0,18%- 1 мл. В 1 мл рідини - 1 мг активного компоненту – Епінефрину. За рахунок більшої молекулярної маси. <u>Ввести епінефрин внутрішньом'язово у передньолатеральну ділянку стегна, 0,01 мг/кг розчину 1:1,000 (1 мг/мл):</u> а) дорослі, діти (35 кг або більше) 0,5 мг в/м в верхньо-зовнішню поверхню стегна; б) діти (менше 35 кг але більше 15кг): 0,3мг в верхньо-зовнішню поверхню стегна; в) діти (менше 15 кг): 0,15 мг в верхньо-зовнішню поверхню стегна; г) епінефрин 1 мг/мл може вводиться через набирання з ампули або автоматичного шприца (за наявності). записати час введення дози і повторити введення через 5-15 хв, якщо це необхідно. Більшість пацієнтів реагують на введення після 1-2 доз <u>За наявності порушення дихання з характерними свистячими звуками, ви можете ввести:</u> а) сальбутамол 2,5-5 мг через небулайзер ТА/АБО б) епінефрин 1 мг/мл, 5 мл через небулайзер. <u>За наявності стридору :</u> можна ввести епінефрин 1 мг/мл, 5 мл через небулайзер.	(передньобоківна ділянка латерального широкого м'яза стегна, середина м'язового черевця).   При клінічній смерті в наслідок анафілаксії при проведенні СЛР Вводять Адреналін внутрішньовенно або в.к. в відповідних дозах згідно протоколів!!!. Під час анафілаксії антигістамінні препарати

	Якщо ознаки анафілаксії та гіпоперфузії продовжуються після введення першої дози епінефрину, додаткове введення епінефрину (в/м) можна проводити кожні 5-15 хвилин з використанням наведених вище доз. 6.Покласти пацієнта на спину або помістити в іншу зручну позицію, якщо є порушення дихання та / або блювання; підняти нижні кінцівки; якщо пацієнт різко встане або сяде, може настати смерть 7. Кисень дають при першій можливості. Всім пацієнтам з анафілаксією слід вводити саму можливо високу концентрацію кисню через маску – не менше 10 літрів за хвилину. При можливості використовуйте маску с кисневим резервуаром. 8.Встановити надійний внутрішньовенний доступ з катетеризацією периферичної вени (при не можливості- внутрішньо-кістковий), використовуючи голки або катетери з широкими канюлями (14-16G). При можливості бажаний доступ до центральної вени. За наявності показань, швидко ввести 1-2 л розчину натрію хлориду 0,9 %; наприклад, 5-10 мл/кг протягом перших 5-10 хв для дорослого; 10 мл/кг для дитини/ Або За наявності ознак гіпоперфузії також введіть 20 мл/кг ізотонічного розчину (фізіологічний розчин або комбінований лікарський засіб зі складом натрію хлорид + калію хлорид + натрію лактат + кальцію хлориду) протягом 15 хвилин в/в або в/к, повторіть процедуру за необхідності при наявності ознак гіпоперфузії. 9..За наявності показань у будь-який час, провести серцево-легеневу реанімацію із закритим масажем серця 10.Крім того, Стежити за тиском, пульсом, диханням та оксигенацією пацієнта з частими, рівномірними інтервалами (якщо це можливо, слід стежити постійно) Негайно транспортуйте пацієнта, паралельно проводячи постійну оцінку та моніторинг стану. Адреналін внутрішньовенно-при анафілаксії - ПРОБЛЕМИ:-аритмогенність,-груба дія,-гіперсимпатикотонія,-ішемія міокарда: Вводять Адреналін внутрішньовенно-при анафілаксії тільки в відповідних умовах-відповідно підготовлені лікарі.!!!! Антигістамінні препарати (антагоністи H1— і H2-рецепторів), а також кортикостероїди	ефективні лише при усуненні шкірних симптомів, таких як свербіж і кропив'янка.

	вважаються додатковими методами лікування. Застосування цих медикаментів ніколи не повинно відстрочувати введення адреналіну. Вчені зазначають, що, на жаль, одна з найпоширеніших причин затримки введення адреналіну — коли особи, які надають допомогу, «чекають, щоб спрацював антигістамінний препарат». Це може стати смертельно небезпечною помилкою при лікуванні пацієнта.	
Заключний етап	Виключити прилади. Скласти обладнання на відведені місця. Провести дезінфекцію	

Алгоритми виконання практичних навиків із дисципліни «Медсестринство в онкології»

1. Пальпація щитовидної залози.

Вимірювання поперечного розміру щитоподібної залози. Вимірювання окружності шиї при збільшенні щитоподібної

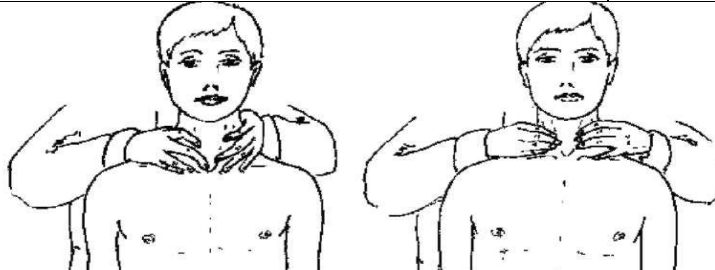
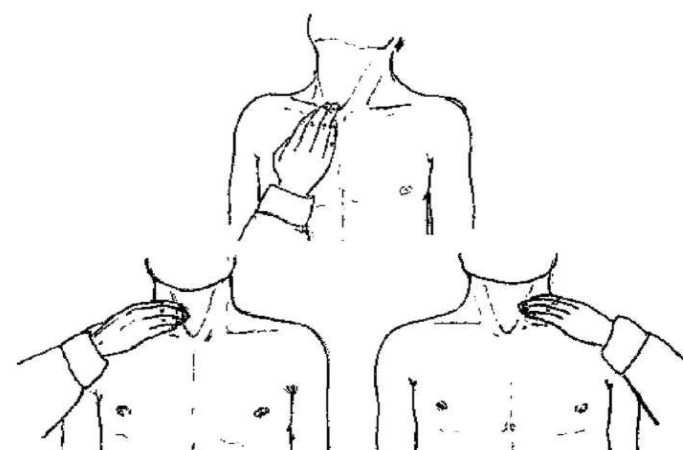
Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: сантиметрова стрічка.

Показання: соматичні та онкологічні захворювання щитовидної залози.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	При пальпації перешийка щитоподібної залози стати навпроти пацієнта по праву сторону від нього.	Проводиться 1 етап пальпації дольок щитовидної залози.
	Вказівний і середній пальці правої руки покласти в яремну ямку і провести ковзаючі рухи знизу вгору від груднини, при цьому перешийок промацується під пальцями.	Проводиться 2 етап пальпації дольок щитовидної залози.
	При пальпації правої і лівої часток щитоподібної залози стати позаду хворого.	Проводиться 3 етап пальпації дольок щитовидної залози.
	Великі пальці обох рук розвести за задні краї груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, а II-У пальці, зігнуті у міжфалангових суглобах, за передні краї.	Проводиться 4 етап пальпації дольок щитовидної залози.

	Попросити зробити ковтальний рух, під час якого щитоподібна залоза рухається разом з гортанню і ковзає під пальцями.	Проводиться 5 етап пальпації дольок щитовидної залози.
	 Мал. 52. Пальпація перешийка щитоподібної залози.  Мал. 53. Пальпація дольок щитоподібної залози.	
	Накласти сантиметрову стрічку на поверхню щитоподібної залози, а кінці стрічки розмістити за груднинно-ключично-соско-подібним м'язом, рухаючись за зовнішньо-задні краї щитоподібної залози.	Вимірювання поперечного розміру щитоподібної залози
	Виміряти поперечний розмір щитоподібної залози. Вимірювання окружності шиї при збільшенні щитоподібної залози	Вимірювання поперечного розміру щитоподібної залози
	Один з кінців стрічки зафіксувати на остистому відростку VII шийного хребця.	Визначається окружність шиї при збільшенні щитовидної залози.
	Спереду стрічку розмістити на найбільш виступаючій частині залози.	Визначається окружність шиї при збільшенні щитовидної залози.
Заключний етап	Дати характеристику консистенції, поверхні, рухомості, визначити розміри, болючість щитоподібної залози.	Забезпечується достовірність інформації
	Отриманий розмір занести у відповідну документацію.	Забезпечується достовірність інформації.

2. Пальпація молочної залози. Обстеження соска

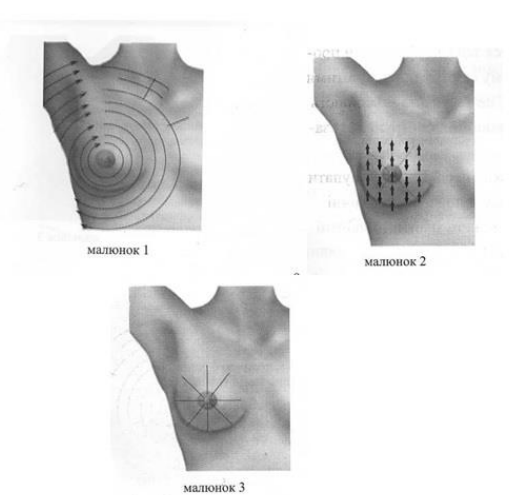
Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: муляж молочної залози, продезінфіковану кушетку, валик (подушку), стерильні гумові рукавички.

Показання: соматичні та онкологічні захворювання молочної залози.

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Прощупування (пальпація) молочних залоз здійснюється стоячи або лежачи. Краще це робити лежачи, коли мускулатура розслаблена і дозволяє не пропустити жодної ділянки молочної залози. Кожна молочна залоза прощупується протилежною рукою, пучками пальців, обережно, м'яко. Уникайте грубого прощупування та охоплення великої ділянки тканини молочної залози, оскільки це може створити враження ущільнення, якого насправді немає	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
	Під лопатку зі сторони, що обстежується, підкладіть валик або маленьку подушку таким чином, щоб грудна клітина була трохи піднята. Пальцями іншої руки молочну залозу прощупують у такий спосіб: круговими рухами (мал. 1); рухами по лінії догори та вниз (мал.2) клиноподібними рухами (мал.3). Завжди прощупуйте молочні залози в одній і тій самій послідовності.  1 Огляньте перед дзеркалом форму грудей, зовнішній вигляд шкіри та сосків. 2 Підніміть руки догори та огляньте свої груди, спочатку спереду, потім з обох сторін. 3 В положенні стоячи надавити на груди трьома середніми пальцями руки. 4 Почніть з верхньої чверті - тканина тут зазвичай щільніша, далі просувайтеся за годинниковою стрілкою. 5 Потім стисніть кожен сосок окремо між великим та вказівним пальцями, подивіться, чи не виділяється рідина. 6 Продовжте обстеження лежачи - знову по колу, кожну чверть по черзі. 7 Нещупайте пальцями лімфовузли у області пахв При самообстеженні молочних залоз звертайте увагу на всі зміни у грудях, такі як: - Нагубання молочних залоз; - Стягнута чи набрякла шкіра; - Почервоніння, запалення; - Виділення з сосків. Якщо Ви помітили хоча б одну з перерахованих ознак, обов'язково зверніться до свого лікаря	Проводиться поетапне проведення пальпації молочної залози.

	 малюнок 1 малюнок 2 малюнок 3	
	Обстеження проводиться у трьох положеннях: рука з обстежуваного боку лежить уздовж тулуба; рука піднята вгору; рука спрямована убік.	спершу перевіряють зовнішню половину молочної залози, починаючи від соска, потім – внутрішню від соска до грудини.
	Окремо обстежується сосок. Його стискають акуратно і несильно між пальцями, починаючи з країв ареоли для того, щоб переконатися, що з соска не з'являються виділення.	Якщо наявні виділення то визначається їхній характер.
Заключний етап	По завершенню необхідно прощупати пахвинні, надключичні та підключичні ділянки – там ви можете знайти збільшені лімфатичні вузли.	Забезпечується достовірність інформації
	Отриманий розмір занести у відповідну документацію.	Забезпечується достовірність інформації.

3. Пальпація периферичних лімфатичних вузлів

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

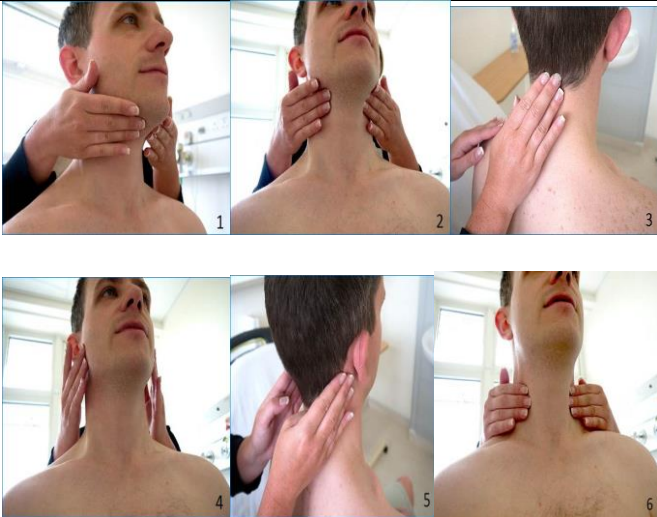
Оснащення: продезінфіковану кушетку, стерильні гумові рукавички.

Показання: соматичні та онкологічні захворювання

Протипоказання: відсутні.

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту мету та хід процедури	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта

	Підготувати необхідне оснащення	Забезпечується можливість проведення процедури
	Вимити і висушити руки - Забезпечення належних умов при огляді пацієнта: 1.Приміщення має добре освітлю-ватися. 2.Температура приміщення в межах 18—22 °С. 3.Відсутність сторонніх осіб. - Підготовка пацієнта до огляду лімфовузлів: Візуальне оцінювання стану лімфатичних вузлів — техніка огляду: 1. Поступово оголюючи тіло пацієнта, оглянути ділянки розміщення периферійних лімфа-тичних вузлів при прямому, бічному денному освітленні. 2. Звернути увагу на колір шкіри, наявність, розмір збільшених лімфатичних вузлів. Виявити дефекти, виділити та оцінити їх характер Мал. Периферичні лімфатичні вузли. 1-потиличні, 2-завушні, 3-підборіддя, 4-підщелепні, 5-передньошийні, 6-задньошийні, 7-надключичні, 8-підключичні, 9-пахвові, 10-ліктюві, 11-пахвинні, 12-підколінні, 13-підштанові.	Достовірне оцінювання видимих змін тканин та лімфатичних вузлів. Створення комфортних умов для пацієнта, запобігання напруженню м'язів, змін з боку шкіри, що пов'язані з дією холоду. Забезпечення конфіденційності інформації щодо стану здоров'я пацієнта Послідовний і повний огляд усіх груп лімфатичних вузлів. Виявлення збільше-них, змінених лімфо-вузлів та ознак їх запалення чи розпад
Основний етап	Підготовка до маніпуляції — провести гігієнічне оброблення рук, надягти гумові рукавички: 1. Проводити поверхневу пальпацію слід долонною поверхнею пальців рук, а глибоку — кінчиками пальців.	Забезпечення інфекційної безпеки. Забезпечення ефективності пальпації.
	2. Пальпацію лімфовузлів проводити в такому порядку: -шийні; -піднижньощелепні; -надключичні і підключичні; -пахвові; -ліктюві; -пахвинні; -підколінні.	Забезпечення послідовності пальпації.

	 Фото. Пальпація периферичних лімфатичних вузлів. 1 - підборідні, 2 - підщелепні, 3 - потиличні, 4 - привушні, 5 - завушні, 6 - 	
	За допомогою пальпаторного обстеження визначають: величину вузлів; консистенцію; болючість; рухомість; спаяність зі шкірою, між собою, з нижчерозташованими тканинами; характер поверхні; флюктуацію; наявність рубців.	Забезпечення інформативності пальпації
	Оцінити характер збільшених лімфовузлів: загальний, поширений процес — збільшення кількох груп лімфовузлів, що спостерігається при лімфогранульоматозі, лейкозі, особливо при хронічному лімфолейкозі, синдромі набутого імунodefіциту (СНІД); місцевий процес — локальне збільшення периферійних лімфатичних вузлів, спостерігається за наявності ракових метастазів у цих вузлах (наприклад, метастаз Вірхова є характерним симпто-мом при раку шлунка. Це щіль-ний збільшений лімфатичний вузол, що пальпується між ніжками груднинно-ключично соскоподібного м'яза і верхнім краєм ключиці).	Для диференціальної діагностики лімфаденопатій
Заключний етап	Зняти рукавички. Провести гігієнічну антисептику рук. Записати отримані дані в медичну документацію.	Забезпечуються документування обстеження.

Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Психіатрія»

1. Деонтологічні прийоми роботи з хворими

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал

Показання: психічні розлади, наркологічні uzалежennя

Протипоказання: психічні розлади, наркологічні uzалежennя

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Спілкування, повага, людяність	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	1. Психіатрія в порівнянні з іншими областями медицини є найбільш соціально орієнтованою спеціальністю. Вона часто має справу з хворими з соціально деформованою, асоціальною і антисоціальною поведінкою. 2. Багато етичних проблем психіатрії породжуються її традиційною пристрастю до так званого лінійного принципу, згідно якому кожна психіатрична хвороба має єдині причини, прояви, перебіг, результат. Така «жорсткість» в постановці клінічного діагнозу не враховує, що неповторювані не тільки фізичні і духовні властивості індивідів, але і прояви та перебіг хвороби у окремих хворих. Складність об'єкту ставить сучасну психіатрію перед необхідністю включення в її аргументаційну систему гнучкості і варіативності в постановці діагнозу. При такому підході поняття хвороби буде імовірнісним, а її перебіг у ряді випадків – принципово непередбачуваним. Актуальним стане поняття свободи волі, зміняться думки про норму і патологію, межі між ними. Орієнтація на конкретну людину допоможе уникнути «етичних перекосів» («гіпердіагностика» або «презумпція хвороби»). 3. Питання про модель відносин в психіатрії ускладнюється відмінностями хворих за глибиною і ступенем вираження психічних порушень, інтелектуальному рівню, збереженню критики, можливості розуміти значення своїх дій і контролювати їх, здібності до волевиявлення, виразу і захисту своїх інтересів. На одному полюсі – хронічно хворі, некритичні до свого стану, залежні від інших, несамостійні у виборі рішень і дій, які можуть заподіяти шкоду собі або оточуючим. На іншому – автономні особи з нерідко вираженими ситуаційно обумовленими психічними порушеннями. Тому, залежно від місця пацієнта в психіатрії, може застосовуватися патерналістська або автономна моделі відносин. Професійна діяльність психіатра (встановлення діагнозу, постановка на облік, заборона на певні види діяльності, госпіталізація) накладає на лікаря серйозну соціальну і етичну відповідальність. 4. Істотна відмінність психіатрії і наркології – можливість/необхідність застосування до хворих прямого або непрямого примушення (ослаблений патерналізм). Сьогодні госпіталізація хворого за рішенням лікаря-психіатра без згоди його або родичів проводиться тільки в тому випадку, якщо хворий представляє безпосередню небезпеку для себе або	

	оточуючих. Разом з тим, в психіатрії добровільність лікування і право хворого на відмову від нього містить серйозні суперечності. З одного боку, це право і тут є загальновизнаною етико-гуманістичною цінністю і юридичною нормою, відповідною міжнародним стандартам. З іншого – застосування цієї норми при наданні психіатричної допомоги робить актуальною проблему безпеки, яку можуть представляти деякі психічно хворі для себе і оточуючих. Пріоритетом тут повинно бути надання медичної допомоги пацієнтам (з дотриманням їх цивільних прав) і лише потім – ізоляція тих хворих, які представляють небезпеку. 5. Потребують етичного контролю методи, вживані в психіатричних стаціонарах. У психіатрії спочатку як терапевтичні засоби застосовувалось «лікування жорстоке, іноді смертоносне» – масивні кровопускання, сильні душі, холодні ванни і так далі. З 30-х років XX століття почали широко застосовуватися шоківі методи лікування, що викликали серйозні ускладнення. У сучасних умовах, відмовившись від подібних методів, стаціонари все ще застосовують для деяких хворих великі дози наркотичних засобів, сильнодіючих психотропних препаратів – «хімічне утруднення», що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих від надмірного лікування. Цим обумовлено більш контрольоване етичне регулювання діяльності психіатрів, ніж лікарів інших спеціальностей. Одним із способів такої регуляції є етичний кодекс професійної поведінки психіатрів, що регулює характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, засобами масової інформації, суспільством. Психологія медична – одна з складових елементів професіоналізму лікаря, який повсякденно має справу з конкретними і різними за своїми психічними реакціями людьми, до кожного з яких потрібен індивідуальний підхід з урахуванням їх психологічних особливостей, соціально і індивідуально обумовлених поведінкових і ідеологічних стереотипів, що вимагає від лікаря глибокого засвоєння практичної і соціальної психології. Психіатр ще повинен володіти вмінням проникнути в психологічну суть хворого, якому він надає допомогу. Основні етичні принципи і правила психотерапії 1. Пошана цінностей і переконань клієнта; психотерапевтичні відносини між клієнтом і психотерапевтом ґрунтуються на довірі і інформованій згоді. Психотерапевт повинен добре усвідомлювати власні установки і з повагою відноситися до особистих переконань клієнтів; тому психотерапевти стверджують, що вони не дають порад клієнтам. 2. Принцип конфіденційності гарантує, що зміст бесід з психотерапевтом не може бути кому-небудь повідомлено без згоди клієнта. Неетично також використання психотерапевтом інформації і можливостей клієнта з особистою вигодою. 3. Відносини між психотерапевтом і клієнтом обмежені професійними рамками, що роблять неможливим вступ до особистих відносин, тобто які-небудь інші, в т.ч. інтимні, взаємини між ними. З цієї ж причини психотерапія не проводиться з родичами, знайомими, друзями.

4. В процесі психотерапії клієнт часто виражає свої почуття до психотерапевта, він переносить на нього те, що є в ньому самому, або було в його минулому житті («перенесення» – за Фрейдом). Психотерапевт повинен продовжувати роботу і у разі «перенесення», підводячи клієнта до усвідомлення того, що з ним відбувається насправді.
5. Психотерапевт повинен надавати тільки професійно компетентну допомогу, усвідомлюючи межі власної компетентності. Слід утримуватися від лікування, коли стан психотерапевта може негативно вплинути на терапію. Лікаря слід звертатися за консультацією до інших колег у випадках, коли в процесі психотерапії виникають серйозні труднощі. Психотерапевтові слід чесно і відкрито повідомити клієнта про свою професійну підготовку і практичний досвід, а також вигоди, вимоги і умови психотерапії.
6. Якщо у психотерапевта є підстави вважати, що інший психотерапевт порушує професійну етику, він повинен обговорити ситуацію з цим психотерапевтом, проконсультуватися з колегами або повідомити про факт порушення в Комітет з етики.

Етичні проблеми в наркології

Наркологія – розділ психіатрії, тому в цій області діють ті ж норми, що і в психіатричній етиці. Наркологія займається діагностикою, лікуванням і профілактикою хвороб, що виявляються в пристрасі до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних лікарських засобів і речовин унаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх прийому. Це породжує у наркологічних хворих безліч соціальних проблем, пов'язаних з деградацією особи: втрачається здатність нормального спілкування з колегами по роботі, порушуються взаємини в сім'ї, втрачається кваліфікація, здійснюються правопорушення, за чим йде судимість, втрата роботи, бездіяльність, невміння розпоряджатися своїм часом, фінансами тощо.

Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі з наркологічними пацієнтами, є:

- песимізм – переконання, що лікування людей, залежних від алкоголю та наркотиків, – справа безнадійна;
- моралізаторство – споживання психо-активних речовин розглядається як вада, їх прийом як ганебний акт, а люди, що вживають їх, – як аморальні;
- створення стереотипів – вважається, що зловживання алкоголем або психо-активними речовинами властиве якимсь верствам населення більше, ніж іншим;
- зневага, заперечення того факту, що алкогольні і інші наркотичні залежності – це хвороба, що потребує лікування. При цьому зазвичай ігнорується і те, що більшість хвороб (за винятком суцього спадкових або вроджених) є значною мірою результатом патогенної поведінки людини,

	будь-то його необережність або ризикована, легковажність або свідомо відмова слідувати рекомендаціям щодо здорового способу життя.

2. Виявлення розладів сприйняття.

Місце проведення: медичні заклади, домашні умови.

Оснащення: пацієнт, медичний працівник, працівники охоронних служб, аркуш паперу, ручка повинна знаходитись виключно у медичного персоналу).

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Пояснити пацієнту для чого проводиться виявлення розладів сприйняття	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Отримати згоду пацієнта на проведення процедури	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	Викликати БШМД	Пацієнти з розладами сприйняття несе небезпеку своєму житті та житті оточуючих у більшості випадків супроводжується психомотоним збудженням (ПМЗ).
	Не говорити лишнього, не кричати до пацієнта з розладами сприйняття.	Забезпечується повну безпеку своєму житті.

	Проведення бесіди та проби з аркушем (якщо пацієнт без ПМЗ) Галюцинації – чуттєво-суб’єктивне переживання, сприймання образів, предметів і явищ, яких не існує в реальності. Види: • зорові, Проба Рейгарда– хворий бачить на чистому аркуші малюнки. • слухові (імперативні – найнебезпечніші – голос наказує здійснювати різні речі) Проба Ашафенбурга– (виявлення слухових галюцинацій) розмова по відключеному телефону. • нюхові (характерні для шизофренії), • смакові (часто поєднуються з нюховими+шизофренії), • тактильні(феномен Маньяна – повзання комах), • псевдо-галюцинації . Оцінити поведінку пацієнта – чи не прислуховується, оглядається, фіксує погляд.	
	Якщо оцінка у відділенні - дані симптоми перевіряє лікар.	
Заключний етап	Взяти документи пацієнта (паспорт, ідентифікаційний код) номер телефону рідних.	Забезпечується документування у вигляді супровідного листа БШМД

3. Виявлення розладів мислення та маячних синдромів.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримуються права пацієнта
		Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Розмова з пацієнтом та спостереження за пацієнтом – його поведінкою . Порушення мислення бувають кількісні та якісні. Кількісні: за темпом: Прискорене– збільшення кількості думок; Сповільнене– зменшення кількості думок (депресивні стани, оглушення); Затримкамислення – зникнення думок (шизофренія). Якісні: За механізмом: 1. Розірваність – розщепленість думок (шизофренія); 2. Патологічно-деталізоване – нездатність розділяти головне і другорядне, надмірне концентрування уваги неістотних деталей (епілепсія); 3. Резонерство – порожні, безплідні міркування, позбавлені змісту, з переважанням химерних висловів (шизофренія); 4. Пересеверація мислення – одноманітне повторення одних і тих самих думок (шизофренія, порушення свідомості); 5. Символічне – значення одного слова стає символом іншого поняття на підставі випадкових ознак (шизофренія); 6. Неологізми – нові слова, вигадані хворим (шизофренія); 7. Паралогічне мислення – порушення мислення на рівні суджень, коли висновок не впливає з передумов (шизофренія); 8. Аутичне мислення – заглибленість у світ особистих переживань (основний симптом шизофренії); 9. Ментизм – некерований потік думок (шизофренія); 10. Фанатизм – одержимість ідеями при відсутності критичного мислення (психопатії); 11. Фантазія – спотворення людиною нових образів, може мати істеричну форму. За змістом: Настирливі ідеї– думки, почуття, які виникають незалежно від волі хворого, хоч він усвідомлює їх хворобливість;

Заключний етап	Надцінні ідеї– зумовлені реальними обставинами, займають невідповідне значення важливе місце у свідомості, супроводжуються емоційним напруженням; Повідомити чергового лікаря або лікуючого лікаря пацієнта. Якщо дана оцінка проводиться у домашніх умовах викликати БШМД.

4. Виявлення розладів пам'яті, уваги, інтелекту.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
		Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	Увага- це один із проявів орієнтувального рефлексу і вольових процесів, спрямованих всередину психічної діяльності людини. Методи дослідження уваги. Для підтвердження що виявляються клінічно розладів уваги найбільш адекватними патопсихологічними методиками є оцінка уваги за таблицями Шульте, за результатами проредення коректурної проби і рахунки по Крепеліну. Методика рахунок по Крепеліну використовується для дослідження утомляємості. Випробуваному пропонується скласти в розумі ряд однозначних чисел, записаних стовпцем. Результати оцінюються за кількістю складених у певний проміжок часу чисел і допущених помилок. Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. Патопсихологічна оцінка порушень пам'яті Найбільш часто для оцінки мнестичних порушень використовується 1.Методика запам'ятовування 16 слів. Спрямована на вивчення здатності до безпосереднього короткостроковому або довгостроковому, безпідставному і мимовільному запам'ятовуванні. Зачитують десять слів, підібраних так, щоб між ними було важко встановити смислові відносини. Після зачитування, а також через годину після нього випробуваному пропонується відтворити ці слова в будь-якому	

	порядку. Після запам'ятовування подібна процедура повторюється 4-5 разів підряд. Відзначаються наступні показники: 1) кількість відтворених слів. 2) кількісну динаміку відтворених слів (крива довільного запам'ятовування) 2. Піктограма, призначена для дослідження опосередкованого запам'ятовування (включає в себе пред'явлення випробуваному для запам'ятовування 10-15 понять, які він повинен намалювати так, щоб згодом по малюнку згадати задані поняття. Через годину випробуваному пропонується за малюнками відтворити задані слова. Дослідження інтелекту Коефіцієнт інтелекту, або ай-к'ю[1] (англ. IQ — intelligence quotient), — кількісна оцінка рівня інтелекту людини: рівень інтелекту відносно рівня інтелекту середньостатистичної людини такого ж віку. Визначається за допомогою спеціальних тестів. Тести ай-к'ю розраховані на оцінку розумових здібностей, а не рівня знань (ерудиції). Коефіцієнт інтелекту є спробою оцінити фактор загального інтелекту. Тести ай-к'ю розробляються так, щоб результати описувалися нормальним розподілом з середнім значенням ай-к'ю, рівним 100 і таким чином, щоб 50 % людей мали ай-к'ю між 90 та 110 і по 25 % — нижче 90 та вище 110. Середній ай-к'ю випускників американських ВНЗ становить 115, відмінників — 135—140. Значення ай-к'ю менш як 70 часто кваліфікується як розумова відсталість. Кожен тест складається з безлічі різних завдань, де рівень складності поступово зростає. Серед них тестові завдання на логічне та просторове мислення, а також завдання інших типів. За результатами тесту підраховується ай-к'ю. Помічено, що чим більше варіантів тесту проходить випробовуваний, тим кращі результати він демонструє. Найвідомішим тестом є Тест Айзенка[ru]. Більш точними є тести Векслера, Тест Равена, Тест Амтгауера[ru]. При використанні теста Равена, критичним вважається рівень в 70 балів. Нижче цього рівня клінічні психологи класифікують розумову відсталість. На цей момент не існує єдиного стандарту на тести ай-к'ю. Тести поділяються за віковими групами та показують розвиток людини, відповідно до її віку. Тобто дитина в 10 років та випускник вишу можуть мати однаковий ай-к'ю, оскільки розвиток кожного з них відповідає своїй віковій групі. Тест Айзенка розроблений для вікової групи від 18 років і передбачає максимальний рівень ай-к'ю у 160 балів.
Заключний етап	Повідомити чергового лікаря або лікуючого лікаря пацієнта про результати обстеження. Записати у журнал спостереження.

5. Виявлення емоційних розладів.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримуються права пацієнта інфекційна безпека
Основний етап	Спілкування з пацієнтом. Психопатологія емоцій I. Кількісні порушення емоцій Гіпертимії - манія - ейфорія - морія - депресія Гіпотимії - параліч емоцій - апатія - емоційне сплюснення - емоційна тупість - емоційна монотонність Якісні порушення емоцій Паратимії амбівалентність неадекватність емоцій II. Класификація порушень емоцій і почуттів 1. Порушення сили Патологічне посилення ослаблення - гіпертимія - ейфорія - екстаз сплюснення - гіпотимія - депресія - тривога - гнівливість Патологічне - параліч емоцій - апатія - емоційне - емоційна тупість 2. Порушення рухливості емоцій - слабкодухість (нетримання емоцій) - лабільність - інертність (застрягання) емоційних переживань - експлозивність 3. Порушення адекватності емоцій	

Заключний етап	- неадекватність - амбівалентність Повідомити чергового лікаря або лікуючого лікаря пацієнта про знижений настрій пацієнта або зміну у настрої.

6. Виявлення кататонічних синдромів.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
		Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Спілкування з пацієнтом, огляд його. Кататонічний синдром — це симптомокомплекс психічних розладів, переважно в руховій сфері. До його складу входять кататонічний ступор або кататонічне збудження. Виділяють кілька різновидів кататонічного ступору: — ступор з воскоподібною гнучкістю (каталепсія), підвищеним тонусом м'язів, симптомом “повітряної подушки” (Дюпре), позою ембріона та ін.; — негативістичний ступор з повним знерухомленням, пасивним негативізмом; — ступор з м'язовим заціпенінням (найтяжча форма ступора — тривале перебування в позі ембріона з вираженим напруженням усіх груп м'язів, симптом хоботка). Серед варіантів кататонічного збудження виділяють: розгублено-патетичне (поєднання розгубленості, екзальтованості з безладною балаканиною і руховим збудженням), імпульсивне (раптове, руйнівне, короткочасне). Кататонічні розлади можуть перебігати за збереженої свідомості (люцидна кататонія) або в сноподібному стані (онейроїдна кататонія).
Заключний етап	Повідомити чергового лікаря, якщо у пацієнта спостерігається зацепеніння.

7. Виявлення синдромів розладної свідомості.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримуються права пацієнта
		Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Оцінюємо пацієнта згідно критерій. Критерії порушення свідомості встановлені К. Ясперсом. 1. Повне або часткове порушення орієнтації у власній особистості, часі, місці, просторі, оточуючому середовищі (ауто- та алопсихічне дезорієнтування (allos – чужерідний). 2. Усунення від зовнішнього світу. Хворі не в змозі усвідомити події, що відбуваються навколо них, тому порушується їх контакт з оточуючими людьми. 3. Неможливість цілісно сприймати навколишній світ. 4. Порушення мислення (його фрагментарність, непослідовність, беззв'язність, іноді – маячні ідеї). 5. Порушення пам'яті. Синдроми порушення свідомості поділяють на дві основні групи: <u>I. Синдроми випадіння, виключення свідомості.</u> Перша група характеризується тим, що у цих станах психічна діяльність неможлива. Сюди відносяться сопор, кома, непритомність, абсанс. Сопор і кома є важкими станами, що супроводжуються розладом життєво важливих систем організму і потребують невідкладної медичної допомоги. При них психічна діяльність неможлива, а після них – настає повна амнезія періоду втрати свідомості. <i>При сопорі</i> (sopor - глибокий сон) вступити в контакт з хворим неможливо, хворий справляє враження сплячої людини, не реагує на оточуюче, але збережені безумовні рефлекси, в тому числі, больовий, зіничний, корнеальний. У відповідь на сильні звукові, світлові, больові подразники можливі лише малодиференційовані реакції (повертання голови, рухи кінцівок). <i>Кома</i> (кома – непробудний сон) – більш важкий стан у порівнянні з сопором. У хворих відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються рефлекси та рефлекс зіниць, що зникає одним з останніх. При комі завжди порушуються дихання, серцево-судинна діяльність, функції вегетативної нервової системи. Для оцінки важкості коми використовують шкалу Глазго, де кожна відповідь оцінюється в певний бал. I. Відкриття очей: відсутнє..... 1 на біль.....2 на мову.....3 спонтанне.....4 II. Відповідь на больовий стимул:

	відсутня.....1 згинальна реакція.....2 розгинальна реакція.....3 посмикування.....4 локалізація подразнення....5 виконання команди.....6 III. Вербальна відповідь: відсутня.....1 поодинокі звуки.....2 незрозумілі слова.....3 спугана мова.....4 орієнтування повне.....5 <i>Оцінювання стану відбувається шляхом підрахунку балів в кожній групі (I – максимально 4 бала, II – максимально 6 балів, III – максимально 5 балів) і підсумування балів (3 бала відповідає глибокій комі, 15 балів – стану ясної свідомості і повному орієнтуванню).</i> <i>Кореляція між показниками шкали Глазго і летальністю при комі доволі тісна. Кількість балів від 3 до 8 відповідає летальності 60%, від 9 до 12 – 2%, від 13 до 15 – 0.</i> Абсанс (absence – відсутність) – раптова, на долі секунди, повна втрата свідомості, що не супроводжується вегето-судинними реакціями. Хворі при цьому не падають, лише припиняють якусь дію, а потім настає повна амнезія на цей період. Відноситься до епілептичних пароксизмів. <i>Легкі ступені оглушення мають назву обнубіляції (коливання ступеня ясності свідомості з повним розумінням того, що діється навколо – хмароподібне) та сомноленції (наростання сонливості). При важких станах оглушення переходить в сопор і кому.</i> <u>II. Синдроми потьмарення свідомості.</u> Друга група розладів свідомості – це синдроми потьмарення свідомості, тобто такі розлади свідомості, які супроводжуються психотичними проявами (галюцинації, маячні ідеї, дезорганізація мислення, емоційні розлади, неадекватність поведінки). До розладів потьмарення свідомості відносять такі синдроми: делірій, онейроїдний синдром, аментивний синдром, сутінкове потьмарення свідомості. <i>Делірій поєднує в собі багато різних симптомів. Найбільш характерними є справжні зорові галюцинації, тому делірій відносять до галюцинаторного потьмарення свідомості. Зорові галюцинації яскраві, мальовничі, динамічні, множинні, сценічні. При цьому зберігається орієнтування у власній особистості (аутопсихічне), а порушується орієнтування в часі, місці (аллопсихічне).</i> <u>Ознаки делірію виявляються звичайно надвечір або вночі, тривають від кількох годин (абортивний варіант) до 3-5 днів. Вихід – критичний (через сон). Усе, що хворий переживає в цьому стані, добре зберігається в його пам'яті.</u> Виділяють наступні деліріозні стани: 1. Алкогольний делірій (біла гарячка).

Заключний етап	2. Інфекційний делірій. 3. Епілептичний делірій (варіант гострого епілептичного психозу) 4. Травматичний делірій 5. Окремо виділяють тихий або муситуючий делірій (mussitatio - тихе буркотіння) 6. Професійний делірій. <i>Онейроїдний синдром</i> (oneiros – сон) – сноподібне потьмарення свідомості, що характеризується напливом яскравих сценічних зорових галюцинацій, часто надприродних, фантастичних, космічних, в яких хвори не бере участі. Аментивний синдром – гостра сплутаність свідомості – завжди є ознакою дуже важкого стану хворого (сепсис, інфекції, інтоксикації, тяжкі соматичні захворювання, гіпертоксична шизофренія). Аменції властива інкогеренція (беззв'язність) усіх видів психічної діяльності. Ознаки аменції: • глибоке потьмарення свідомості з порушенням всіх видів орієнтації, інкогерентне мислення з беззв'язною мовою; • неінтенсивне збудження – в межах ліжка: хворі перевертаються, намагаються встати, перебирають одяг. Збудження носить хаотичний, нецілеспрямований характер; • почуття розгубленості. Сутінкове потьмарення свідомості зустрічається при епілепсії та органічних ураженнях мозку. Ознаки сутінкового потьмарення свідомості: • раптово виникає і раптово припиняється; • має місце порушення всіх видів орієнтування; • усі дії хворих відбуваються без контролю з боку кори головного мозку, на рівні автоматизмів, чим зумовлюється зовнішня упорядкованість поведінки, зв'язок і послідовність дій, зовнішня цілеспрямованість; • тривалість – від кількох годин до кількох днів; • після перенесеного сутінкового стану свідомості виявляється повна амнезія. <i>Амбулаторний автоматизм</i> (лат. ambulare – ходити, блукати) – хворі здійснюють взагалі вірні, правильні дії, але ці дії неадекватні ситуації – роздягаються у транспорті, переходять вулицю, не звертаючи уваги на автомобілі, кудись йдуть, купляють щось непотрібне, недоречне. Триває від кількох хвилин до кількох днів. <i>Транс</i> – тривалий (години, дні) амбулаторний автоматизм, під час якого хворі їздять в інші міста, при цьому купують квитки, продукти харчування, підтримують розмову з пасажирями, хоча зовні справляють враження дещо розсіяних. При цьому зберігається елементарне орієнтування у нескладних ситуаціях. Тобто транс характеризується автоматичністю актів поведінки у стані потьмареної свідомості. <i>Фуга</i> (лат. fugas – бігти) являє собою бурхливий, шалений, нестримний порив до бігу. Триває кілька хвилин.

	Сомнамбулізм (від лат. sompnus – сон, ambulare – ходити, блукати; синоніми – лунатизм, сноходіння) – це стан потьмарення свідомості, що настає під час сну під впливом незначних подразників (світло місяця, настільної лампи) або незалежно від них. Повідомити чергового лікаря про стан пацієнта якщо це у медичному закладі. Якщо оцінка свідомості проводиться на вулиці чи у домашніх умовах викликати БШМД.

8. Виявлення невротичних синдромів.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримуються права пацієнта
Основний етап	Оцінюємо стан, зовнішній вигляд та поведінку пацієнта.	Дотримуються інфекційна безпека
	Астенічний синдром (астенія) — стан підвищеної психічної і фізичної втомлюваності, надмірної дратівливості, слабкодухості та нестійкого настрою в поєднанні з вегетативною симптоматикою і порушеннями сну. Симптоми астенії менше помітні вранці і посилюються в другій половині дня, особливо ввечері. Обсесивний синдром (синдром нав'язливих станів, ананкастичний) проявляється різноманітними обсесіями (нав'язливі думки). Обсесії найчастіше характеризуються фобіями (нав'язливі страхи), нав'язливими рахунком, сумнівами, спогадами, “розумовою жуйкою”. У клініці переважають іпохондричні фобії: кардіо-, канце- ро-, сифіло-, снідо-, танато-, нозо-, фобо-, а також клаустро-, агорафобія тощо. Сенестопатично-іпохондричний синдром — невротичний синдром, клінічними проявами якого є різноманітні, досить неприємні, болісні, нестерпно важкі відчуття. Хворий може скаржитися на печіння, стискування, переливання, стягування, набухання тощо в різних частинах тіла, внутрішніх органах (сенестопатії). З'являються іпохондричні надцінні ідеї — порушення суджень. Хворий “виявляє” в себе ознаки тяжкої невиліковної недуги. Вони виникають на реальному ґрунті, але пацієнт	

	інтерпретує ці обставини однобоко, перебуває в стані емоційного напруження. Причини хворобливих відчуттів неможливо виявити за допомогою об'єктивних методів дослідження. Іпохондричний симптомокомплекс може бути складовою будь-якого маячного синдрому (паранояльного, парафренного та параноїдного). Часто його виявляють при шизофренії. Істеричні синдроми. Істеричний невротичний синдром характеризується емоційною лабільністю з бурхливим проявом почуттів (ридання, голосіння, стогін), швидкою зміною позитивних почуттів на негативні і навпаки, супроводжується різноманітними вторинними соматичними та неврологічними конверсійними розладами. Порушення рухової сфери, чутливості, вегетативних функцій проявляються функціональним парезом, паралічем, локальними контрактурами, істеричними нападами. Останні не супроводжуються розладами свідомості (оглушення, сопор, кома), змінами функцій серцево-судинної та дихальної систем і послідовності фаз судомного нападу. Можливі істеричне заїкання, афонія, мутизм, сурдомутизм, сліпота, розлади чутливості за типом “панчіх”, “рукавичок” чи за гемітипом, астазія, абазія. Спостерігають вегетативні порушення: блювання, гикавку, відрижку, відчуття “клубка” в горлі (globus hystericus), тахікардію, задишку, поліурію тощо. Істеричний синдром характерний для істеричного неврозу. Крім невротичного істеричного синдрому спостерігають істеричні психотичні розлади. Це потьмарення свідомості, синдром Ганзера, псевдодеменція, пуерилізм. Істеричне потьмарення свідомості проявляється її звуженням з неповною орієнтацією в навколишньому середовищі, яскравими, чіткими сценopodobними, ахроматичними галюцинаціями з подальшою, частіше ретардованою амнезією. Синдром Ганзера — один із варіантів істеричного потьмарення свідомості, за якого спостерігають повне дезорієнтування, зорові, рідше — слухові галюцинації, маячні ідеї стосунків, впливу, переслідування. Характерним є мимомовлення. Поведінка хворого безглузда. Складається враження, що він симулює психічну недугу. Синдром псевдодеменції — стан безпорадності, що проявляється втратою найпростіших навичок, елементарних знань. Хворий свідомо неправильно відповідає на запитання на тлі придуркуватості та гротескності, але добре орієнтується, коли йому ставлять складні запитання щодо психотравмівної ситуації. Пуерилізм — хворобливий психічний стан, за якого поведінка дорослої людини не відповідає віковій та нагадує дитячу. Спостерігається регресивна поведінка з дитячими манерами, інтонаціями, жестами, пустотливістю, безглуздям, наївністю суджень на тлі пригніченого настрою і розгубленості. Синдром деперсоналізації проявляється розладом самосвідомості: змінюється сприйняття власного “Я”. Думки, дії хворого зумовлені

	відчуттям відчуження від власної особи (наче спостерігає збоку). У разі зазначеного синдрому зникає єдність особистості, порушується схема тіла: “змінюються” об’єм, довжина, ширина, положення окремих його частин. Часто спостерігають при дереалізації. Синдром дереалізації — патологічний стан, за якого хворий навколишній світ сприймає нереально, нечітко, невиразно, безбарвно або в одному кольорі. Хворі стверджують, що все змінилося, стало не таким, як було до хвороби, інколи не можуть пояснити, в чому полягають ці зміни. Спорідненими з дереалізацією є такі патологічні прояви, як уже бачене (déjà vu), чути (déjà entendu), пережите (déjà vécu) або ніколи не бачене (jamais vu) та ін.
Заключний етап	Описати стан пацієнта у журналі спостереження за пацієнтами.

9. Діагностика алкогольного та наркотичного сп’яніння.

Місце проведення: медичні заклади

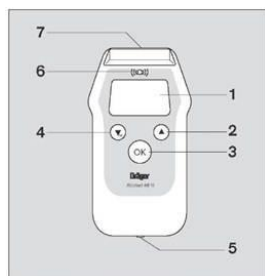
Оснащення: пацієнт, медичний персонал, драгер

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Вимити і висушити руки	Дотримуються права пацієнта
Основний етап	Оцінюємо стан, зовнішній вигляд та поведінку пацієнта. Ознаками алкогольного сп’яніння є: • запах алкоголю з порожнини рота; • порушення координації рухів; • порушення мови; • виражене тремтіння пальців рук; • різка зміна забарвлення шкірного покриву обличчя; • поведінка, що не відповідає обстановці. Ознаками наркотичного чи іншого сп’яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, є: • наявність однієї чи декількох ознак стану алкогольного сп’яніння (крім запаху алкоголю з порожнини рота); • звужені чи дуже розширені зіниці, які не реагують на світло; • сповільненість або навпаки підвищена жвавість чи рухливість ходи, мови; • почервоніння обличчя або неприродна блідість. Найпоширенішими групами наркотичних речовин в Україні: • опіюди (природні – екстракт макової соломки «ширка», синтетичні – опій, героїн, морфін, метадон, кодеїн, промедол та ін.) – встановити їх	Дотримуються інфекційна безпека

	вживання за результатами наркологічної експертизи можна лише протягом 2-4 діб; • канабіноїди, або препарати коноплі (марихуана, гашиш, анаша) – єдина група препаратів, які не викликають фізичної залежності, лише психологічну. Утримуються в організмі протягом місяця; • амфетаміни – група препаратів-психостимуляторів, дуже поширена серед водіїв, оскільки відмінною особливістю при їхньому вживанні є відсутність бажання спати; • галюциногени (рослинні – мухомори, дурман; синтетичні – ЛСД); • насвай. Різні наркотики мають різні прояви, але є ознаки, спільні для всіх речовин. Під час щозмінних перед- та післярейсових оглядів медичному працівнику варто реагувати не лише на зміну зіниць та неприродну поведінку людини, як це зазвичай прийнято. Також мають насторожити: • різка зміна поведінки; • часті різкі зміни настрою: від дратівливості та похмурості до ентузіазму або щастя; • сонливість, або навпаки, підвищена активність; • червоні і/або подразнені очі; • наявність слідів від ін'єкцій у будь-яких частинах тіла, особливо на передпліччі; • тахікардія, порушення ритму роботи серця, особливо якщо раніше не спостерігалися проблеми із серцем; • нежить, закладення носа. • віддаленість від колективу та членів родини; • байдужість до свого зовнішнього вигляду; • втрата інтересу до роботи. Драгер (алкотестер)



1. Дисплей
2. Кнопка меню "Вгору"
3. Кнопка "OK"
4. Кнопка меню "Вниз/Меню"
5. Роз'єм для заряджання/зв'язку
6. Червоний/зелений/жовтий індикатор
7. Тримач для мундштука



Кнопки
Кнопка "OK"

Підтверджує введені опції або вибрані функції. Кнопка для увімкнення та вимкнення приладу.

"Вниз" і "ВВЕРХ"

Використовуються для введення значень та вибору опцій меню.



Відкрийте упаковку.

З гігієнічних міркувань не знімайте упаковку з ділянки, що контактує з ротом, доки мундштук не буде правильно встановлений у приладі



Прикладіть мундштук діагонально (рифленим маркуванням вгору), посуньте його вгору і втисніть утримувач. Звуковий сигнал підтвердить правильне зачеплення.

Повністю зніміть упаковку.



Заключний етап

Відповідно до існуючих рекомендацій «Судово-медичної діагностики смертельних отруєнь етиловим алкоголем» від 19.10.2004 р., критерії клінічних проявів вживання алкоголю залежно від концентрації етанолу в крові в узагальненому вигляді можуть бути подані таким чином:

- менше 0,4 проміле: алкогольне сп'яніння практично відсутнє або наявна похибка методу (газохроматографічного);
- 0,4 проміле: незначне алкогольне сп'яніння;
- 0,5-1,49 проміле: легке алкогольне сп'яніння;
- 1,5-2,49 проміле: алкогольне сп'яніння середнього ступеня;
- 2,5 проміле і вище: сильне алкогольне сп'яніння – за таких концентрацій алкоголю в крові можливий токсичний ефект зі смертельним наслідком від гострої серцевої недостатності (за типом кардіогенного механізму смерті).

При концентраціях етанолу в крові в межах 3,5-5,0 проміле спостерігається, як правило, тяжке отруєння, що може спричинити як танатогенез за варіантом гострої серцевої недостатності, так і смерть через розвиток мозкової коми або інших клінічно пролонгованих смертельних ускладнень.

Якщо в крові міститься 5,0 проміле алкоголю і більше, то це, як правило, свідчить про прийом умовно смертельної дози алкоголю, проте відомо, що

	дорослі особи, схильні до зловживання алкоголем, можуть виживати і при значно більших концентраціях спирту в крові – 10 проміле і більше. Зробити запис визначного вмісту алкоголю у видихуваному повітрі, в історії хвороби.

10. Невідкладна допомога при гострому отруєнні алкоголем та наркотичними середниками. ПРОМИВАННЯ ШЛУНКА.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал, шлунковий зонд, Кухоль Ейсмарха, сольовий розчин.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Отримати згоду пацієнта на огляд	Дотримується право пацієнта на інформацію
		Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	Промивання шлунку. - Попереднє спорожнення шлунку перед його промиванням. - Об'єм рідини для одномоментного введення не повинен перевищувати 75% від вікового об'єму шлунка постраждалого. - Сумарний об'єм рідини для промивання шлунку у постраждалого повинен складати 0,5-1,0 л на рік життя, але не більше 10 л. - Для промивання шлунку використовують ізоосмолярний водний розчин (1% розчин NaCl). - Після промивання, в шлунок ввести обволікальні препарати (жирові емульсії або ін., в дозі 2-3 мл/кг маси тіла) та ентеросорбенти (активоване вугілля або ін., у віковій дозі). Промивання кишечника гіперосмолярним водним розчином (5% розчин NaCl). Ентеросорбція на протязі усього гострого періоду захворювання (призначення ентеросорбентів у вікових дозах). При підозру або точне встановлення отруєння наркотичними середниками – ввести в/м р-н Налоксону 1 мл 1%.	
Заключний етап	Сповістити про колір промивхи вод чергового лікаря.	

11. Невідкладна допомога при психомоторному збудженні.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал, шприц, вата, розчин етилового спирту 70%.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Повідомити чергового лікаря.	Дотримується право пацієнта на інформацію

	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	При наявності вираженого психомоторного збудження головним завданням є його купірування. З цією метою одночасно з фізичним обмеженням хворому в/в вводиться 2-4 мл 0,5% розчину сибазону. Приблизно в 70 - 80% випадків цієї дози буває достатньо. Якщо через 5-10 хвилин не настає купірування збудження, допускається повторне введення даного препарату у кількості половинної дози від початкової. Можна використовувати аміназин або тізерцин (25-50 мг), але при їх призначенні треба пам'ятати про можливе зниження артеріального тиску. Хороший ефект досягається при поєднанні нейролептиків з десенсибілізуючими препаратами (дімедрол, супрастин та ін.). Основна мета подальшої седативної терапії – запобігти розвитку ускладнень та травматизації і викликати тривалий, до 16-18 годин, сон. Підтримуючі дози седативних препаратів і кратність їх введення підбираються індивідуально. Заповнити журнал маніпуляції. Розписатись за введення наркотичних середників (р-н 0,5% Сибазону)	
Заключний етап	Контроль АТ.	

12. Догляд за соціально небезпечними хворими.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал, знання посадових інструкції даного закладу дже працює.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап		Дотримується право пацієнта на інформацію
	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап – заключний етап.	Медичний персонал зобов'язаний працювати відповідно до посадової інструкції. 1. Здійснювати відповідний догляд та спостереження за хворими 2. Точно виконувати усі призначення лікаря 3. Керувати роботою молодшим медичним персоналом 4. Забезпечувати підтримання у відділенні порядку та чистоти, виконання хворими встановленого для всіх режиму, а молодшим персоналом – своїх обов'язків, передбачених правилами трудового розпорядку. 5. Чергування у відділенні відбувається згідно розробленим графіком, перед прийманням чернування оглядає кожного пацієнта на наявність тілесних пошкоджень та обов'язково оцінює психічний стан пацієнта. 6. Слідкує за прийманням їжі. 7. Контролює та оглядає передачі від рідних, на наявність гострих, колючих, ріжучих предметів

13. Диференціальна діагностика істеричного та епілептичного випадку.

Місце проведення: медичні заклади

Оснащення: пацієнт, медичний персонал.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап		Дотримується право пацієнта на інформацію
	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Показники	Епілепсія	Істерія
	початок	Раптово	Психогенне
	Свідомість	Виключено	Афективно звужене
	Падіння	Як підкошений	Обережно
	Зіниці	Не реагують на світло	Реагують
	Тривалість	4-5 хв	30 хв і більше
	Час виникнення	В будь-який час	У присутності людей
	Пошкодження	Прикус язика, упускання сечі	-
	Руху	Фазні	Виразні, розмашисті, демонстративні
	Після припадку	Оглушення, сон	Плач, ридання, сміх
Заключний етап	Зробити запис стану у журнал спостережень за пацієнтом.		

14. Диференціальна діагностика істеричного та епілептичного припадку.

Місце проведення: медичні заклади, вулиця, домашні умови

Оснащення: пацієнт, медична сестра, санітар, роторозширювач, повітровід, медикаменти.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Озвучувати послідовність дій.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Основний етап	Оцінити стан пацієнта. Якщо відбувається суомний напад у домашніх умовах чи на вулиці – НЕГАЙНО ВИКЛИКАТИ БШМД. Етап 1 – невідкладна допомога на місці (в домашніх умовах) 1. Звільнення порожнини рота від протезів і блювотних мас. 2. Забезпечення прохідності дихальних шляхів шляхом вставлення воздуховоду для попередження западання язика та асфіксії. 3. Забезпечення надійного зв'язку з веною. 4. В/венно 2,0 – 4,0 мл 0,5% р-ну седуксену на 10 – 20 мл 0,9% р-ну NaCl. 5. В/венно розчину сульфату магнію 5 – 10 мл 25%. Етап 2 - Невідкладна терапія в машині швидкої допомоги. 1. Виведення інспірованих мас електровідсосом. 2. У випадку продовження судом – в/венно барбітуровий наркоз (50 - 60 мл 1% тіопенталу натрія або 40 мл 25% розчину гексеналу й одночасно в/м 5 мл 10% тіопенталу натрія). 4. При асфіксії - інгаляційний наркоз закисом азоту. 5. При підвищеному АТ 10 мл 25% розчину сірчанокислої магнезії з 15 мл 40% глюкози в/венно. 6. При зниженому АТ - кордіамін, кофеїн. Етап 3 - Реанімаційно-анестезіологічне відділення 1. В/венно крапельно седуксен 30 мг на 150 мл 40% глюкози. 2. Люмбальна пункція - 20 мл, повільно. 3. Наркоз тіопенталом натрія. 4. Дихальна реанімація. 5. Бікарбонат натрію 4% 100 - 300 мл. 6. Гіпотермія - холод на шию й голову, аспірин 3 - 4 г на день. 7. При важких формах епістатусу можливе додаткове призначення глюкокортикостероїдів, невеликих доз фуросеміду.
Заключний етап	Зробити запис стану у журнал спостережень за пацієнтом. Скерування до реанімаційного відділення.

15. Невідкладна допомога при епістатусі.

Місце проведення: медичні заклади, вулиця, домашні умови

Оснащення: пацієнт, медична сестра, санітар, роторозширювач, повітровід, медикаменти.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Озвучувати послідовність дій.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	Оцінка психічного стану Спочатку з'являються незрозуміле занепокоєння, тремор, передчуття наближення біди, розлади сну. Погіршується нічний сон, сновидіння стають тяжкими, з кошмарними сюжетами, а перед засипанням можуть виникати зорові галюцинації. Досить типовими є ознаки гіперактивності вегетативної нервової системи (ВНС): тахікардія, шлуночкова екстрасистолія, артеріальна гіпертензія, гіпергідроз, гарячка, гіперемія шкіри обличчя, нудота і блювання, мідріаз, можлива ортостатична гіпотензія. На 3-4-ту ніч починається безсоння, яке супроводжується сильними і яскравими зоровими галюцинаціями та ілюзіями, в яких часто присутні дрібні тварини і комахи, рідше – казкові істоти, такі як гноми, ельфи, чорти (звідси простонародний вираз «допився до чортиків»). Характерні тактильні галюцинації – хворий відчуває, що по його тілу повзають комахи, нерідко намагається їх ловити, давити, проганяти. Часто хворий «чує» голоси, які звертаються до нього, наказують щось зробити, знущаються над ним, називають п'яницею тощо.	
Заключний етап	Зробити запис стану у журнал спостережень за пацієнтом. Виконати лікарські призначення.	

17. Тактика і методика лікування судомних станів.

Місце проведення: медичні заклади, вулиця, домашні умови

Оснащення: пацієнт, медична сестра, санітар, рукавички медичні

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Викликати чергового лікаря БШМД якщо домашні умови.	Дотримується право пацієнта на інформацію
	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	Дотримуються інфекційна безпека

Таблиця 1. Класифікація типів епілептичних
нападів ILAE, 2017 (базова версія)

Вогнищевий початок		Генералізований початок	Невідомий початок
З усвідомленням	З порушенням усвідомлення	Моторні: • тоніко-клонічні • інші моторні Немоторні (абсанс)	Моторні: • тоніко-клонічні • інші моторні Немоторні (абсанс)
Моторний початок Немоторний початок			Некласифіковані
Від вогнищевих до білатеральних тоніко-клонічних			

Таблиця 2. Класифікація типів епілептичних
нападів ILAE, 2017 (розширена версія)

Вогнищевий початок		Генералізований початок	Невідомий початок
З усвідомленням	З порушенням усвідомлення	Моторні: • тоніко-клонічні • клонічні • тонічні • міоклонічні • міоклоно-тоніко-клонічні • міоклоно-атонічні • атонічні • епілептичні спазми Немоторні (абсанс): • типові • атипові • міоклонічні • міоклонія повік	Моторні: • тоніко-клонічні • інші моторні Немоторні (абсанс)
Моторний початок: • автоматизми • атонічні • клонічні • епілептичні спазми • гіперкінетичні • міоклонічні • тонічні Немоторний початок: • вегетативні • припинення діяльності • когнітивні • емоційні • сенсорні			Некласифіковані
Від вогнищевих до білатеральних тоніко-клонічних			

Таблиця 3. Відповідність старих і нових термінів в описі нападів

Старі терміни (класифікація ILAE, 1981)	Нові терміни (класифікація ILAE, 2017)
Абсанс	Генералізований абсанс
Атонічний	Генералізований /фокальний/із невідомим початком атонічний
Аура	Фокальний без порушення усвідомлення
Вторинно-генералізований	Фокальний із переходом у двобічний тоніко-клонічний
Геластичний	Фокальний (без порушення усвідомлення або з порушенням усвідомлення) емоційний
Джексонівський	Фокальний моторний з усвідомленням
Діалептичний	Фокальний із порушенням усвідомлення
Інфантильні спазми	Генералізовані/фокальні/з невідомим початком епілептичні спазми
Міоклонічний	Генералізований/фокальний/міоклонічний
Скреневи, лобовий та ін. напади	Фокальний
Психомоторний	Фокальний із порушенням усвідомлення
Простий парціальний	Фокальний з усвідомленням
Складний парціальний	Фокальний з порушенням усвідомлення
Grand mal	Генералізований тоніко-клонічний/фокальний з еволюцією в білатеральний тоніко-клонічний/тоніко-клонічний із невідомим початком
Petit mal	Генералізований абсанс

Заключний етап

Зробити запис стану у журнал спостережень за пацієнтом.
Виконати лікарські призначення.

18. Застосування психотропних середників.

Місце проведення: медичні заклади, вулиця, домашні умови

Оснащення: пацієнт, медична сестра, санітар, підручник.

Показання: психічні розлади

Протипоказання: психічні розлади

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	Оцінити психічний стан пацієнта	Дотримується право пацієнта на інформацію
		Дотримуються права пацієнта
	Вимити і висушити руки	
		Дотримуються інфекційна безпека
Основний етап	ШІТ (інсуліно-шокова терапія) появи психотропних засобів шокова терапія була основним методом лікування психозів, особливо шизофренії. На сьогодні застосування її досить обмежене (за обов'язкової письмової згоди пацієнта або його представників). Інсуліно-коматозну терапію (ІКТ) запропонував у 1933 р. австралійський психіатр М. Закель. Вона полягає у введенні хворому натще підшкірно індивідуально підібраних доз інсуліну (починають зазвичай з 4 ОД, щоденно збільшуючи дозу на 4—8 ОД), що зумовлює гіпоглікемічну кому або субкоматозний стан, які через 20—30 хв переривають завдяки внутрішньовенному впорскуванню 40 % глюкози. Інсуліновий шок спричиняють щоденно протягом 10—30 діб. Внаслідок частих ускладнень у вигляді смертей – НЕ ПРОВОДИТЬСЯ Електроконвульсивну терапію (ЕКТ) запропонували та ввели в психіатричну практику в 1938 р. італійські вчені У. Черлетті та Л. Біні. Окрім параноїдної шизофренії ЕКТ (або ЕСТ — електросудомна терапія) ефективна при гіпертоксичному нападі шизофренії (фебрильної кататонії). Досить часто отримують хороші результати в пацієнтів у стані кататонічного ступору. При тривалих депресіях і обсессивно-депресивних станах ЕКТ використовують також як засіб боротьби з терапевтичною резистентністю до психотропних засобів. Механізм дії методу не з'ясований. Усе пояснюють впливом епілептиформного нападу на підкіркові центри головного мозку та кірково-підкіркові зв'язки. Техніка його полягає в симетричному накладанні електродів на обидві скроні пацієнта (білатерально), через які пропускають електричний струм напругою 70—120 В. Експозиція триває 0,5—0,9 с (за потреби задані параметри збільшують відповідно на 10 В або 0,1 с — до появи судомної реакції). Розроблено модифікацію методу — з монополярним (унілатеральним) накладанням електродів на субдомінантну гемісферу. Це зумовлює напад, подібний до великого епілептичного, із загальною тривалістю понад 1 хв, непритомністю, апное, тонічними й клонічними судомами. Такі сеанси проводять через добу, на курс — 3—5, іноді — до 10 сеансів. Ускладнення ЕКТ найчастіше пов'язані з ураженням опорно-рухового апарату (тріщини, перелом хребців, вивих нижньої щелепи). Можливі тривала затримка дихання та серцеві аритмії.	

Заключний етап	Є певні протипоказання й обмеження до застосування ЕКТ, тому для запобігання ускладненням перед сеансом терапії проводять премедикацію: вводять седирувальну або наркотичну речовину та міорелаксанти. Рішення щодо проведення ЕКТ приймає комісія лікарів після ретельного соматоневрологічного обстеження хворого. Після провдення лікарем ЕКТ, месетра спостерігає за диханням пацієнта.

Алгоритми виконання практичних навиків з дисципліни «Медсестринство в оториноларингології»

1. Непряма ларингоскопія:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа. 5.Лобовий рефлексор. 6. Гортане дзеркало. 7.Спиртівка 8.Марлева серветка	Забезпечується виконання правил безпеки
Основний етап	Ретельно вимийте руки, надіньте маску. Запропонуйте хворому сісти на стілець, ознайомте його з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою.	
Завершальний етап	Використовують плоскі гортанні дзеркала різного діаметру, прикріплені до вузького штоку, вставляється в спеціальну рукоятку з гвинтовим фіксатором. Щоб уникнути запотівання дзеркала, його зазвичай підігрівають на спиртівці дзеркальною поверхнею до полум'я або в гарячій воді. Перед введенням дзеркала в порожнину рота перевіряють його температуру дотиком тильної металевої поверхні до шкіри тильної поверхні власної кисті. Непряму ларингоскопію проводять зазвичай в положенні сидячи з дещо відхиленням вперед тулубом обстежуваного і злегка відхиленою назад головою. При наявності знімних зубних протезів їх витягають. Техніка непрямої ларингоскопії вимагає певних навичок і відповідного тренування. Суть методики полягає в наступному. Лікар правою рукою бере рукоятку з укріпленням в ній дзеркалом, як письмове пером, так щоб дзеркальна поверхня була спрямована під кутом вниз. Обстежуваний широко розкриває рот і максимально висовує язик. Лікар I і III пальцями	

	лівої кисті захоплює обгорнутий в марлеву серветку язик і утримує його в висунутому стані, в цей же час II пальцем цієї ж кисті піднімає верхню губу для кращого огляду позіхнїть області, направляє промінь світла в порожнину рота і вводить в неї підігріте дзеркало . Тильною поверхнею дзеркало притискає до м'якого піднебіння, відсуваючи його назад і догори. Щоб уникнути відображення язичка м'якого піднебіння в дзеркалі, що стоїть на заваді для огляду гортані, його необхідно повністю прикрити дзеркалом. У момент введення дзеркала в порожнину рота не слід торкатися кореня язика і задньої стінки глотки, щоб не викликати глоткового рефлексу. Шток і рукоятка дзеркала спираються на лівий кут рота, а поверхня його повинна бути орієнтована так, щоб вона утворила з віссю порожнини рота кут 45 °. Світловий потік, спрямований на дзеркало і відбитий від нього в порожнину гортані, висвітлює її та відповідні анатомічні утворення. Для огляду всіх структур гортані кут дзеркала за допомогою маніпуляції рукояткою змінюють так, щоб послідовно оглянути міжчерпаловидного простір, черпала, складки передодня, голосові складки, грушоподібні синуси і т. Д. Іноді вдається оглянути під складковий простір і задню поверхню двох-трьох кілець трахеї. Гортань оглядають при спокійному і форсованому диханні обстежуваного, потім при фонації звуку «і» і «е». При проголошенні цих звуків відбувається скорочення м'язів м'якого піднебіння, а випинання язика сприяє піднесенню надгортанника і відкриття для огляду надгортанних простору. В цей же час виникає фонаторне змикання голосових складок. Огляд гортані не повинен тривати більше 5-10 с, повторний огляд проводять після невеликої паузи.	

2. Задня риноскопія:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа. 5.Лобовий рефлексор. 6.Носоглоткове дзеркало. 7.Спиртівка	Забезпечується виконання правил безпеки
Основний етап	Ретельно вимийте руки, надіньте маску. Запропонуйте хворому сісти на стілець, ознайомте його з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою.	

	Задня риноскопія дозволяє провести візуальний огляд задніх відділів носової порожнини(зів глотки, вся площа м'якого піднебіння, гирла слухових труб, невелика область носової порожнини). Для проведення задньої риноскопії лікарю необхідно взяти шпатель в одну руку, вдавлюючи ним на передні 2/3 язика до низу, а другою рукою обережно вводити носоглоткове дзеркало. Введений інструмент повинен бути заздалегіть розігрітий щоб уникнути запотівання.	

3. Передня риноскопія:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа. 5.Лобовий рефлексор. 6.Носове дзеркало.	Забезпечується виконання правил безпеки
	Ретельно вимийте руки, надіньте маску. Запропонуйте хворому сісти на стілець, ознайомте його з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою.	
Основний етап	В процесі обстеження пацієнт сидить навпроти лікаря. Джерело світла повинне розташовуватися з правого боку від пацієнта на рівні його вуха. Лікар фіксує голову пацієнта в такий спосіб: права долоня розташовується на потилично-тім'яній частині, а лівою рукою акуратно вводить закрите носове дзеркало. Пацієнт не повинен відчувати ніякого болю. Після введення дзеркала, лікар обережно розсуває бранші носового дзеркала Передня риноскопія проводиться в 2 положеннях. Перше положення характеризується оглядом передніх відділів носової порожнини, перегородки носа, носових ходів, передній кінець раковини нижнього відділу. Друга позиція, при якій пацієнтові необхідно закинути голову, характеризується оглядом середнього відділу перегородки , переднього кінця середньої раковини, середнього носового ходу.	

4.: Туалет і заміна внутрішньої трахеостомічної трубки:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Електровідсмоктувач. 2.Трахеостомічні трубки (N 1—№ 6). 3.Ниркоподібні лотки. 4.Стерильні хірургічні й анатомічні пінцети. 5.Корнцанги. 6.Глоткові зонди з нарізкою. 7.3 % розчин перекису водню або 0,02 % розчин фурациліну. 8.Стерильний бинт, стерильні марлеві серветки. 9.Стерильна вата.	Забезпечується виконання правил безпеки
	Ретельно вимийте руки, надіньте маску. Запропонуйте хворому сісти на стілець, ознайомте його з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою.	
Основний етап	1.Внутрішню трахеостомічну трубку виведіть із зовнішньої трубки. 2.Занурте внутрішню трахеостомічну трубку в 3 % розчин перекису водню або 0,02% розчин фурациліну на 10—15 хв. 3.Накрутіть на глотковий зонд із нарізкою ватний тампон, уведіть зонд у середину трубки, зробіть зворотно-поступальні рухи ватного тампона по внутрішній поверхні трубки (для видалення слизу та кірок). 4.Виведіть зонд із трубки. 5.Внутрішню трубку протріть спиртом, висушіть. 6.Уведіть внутрішню трахеостомічну трубку у зовнішню трахеостомічну трубку та зафіксуйте її «прапорцем». З'ясуйте загальний стан хворого. Вимийте руки, зніміть маску. Оформіть документацію.	

5. Накладання пращоподібної пов'язки на ніс:

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Ножиці. 4.Два лотки. 5.Стерильний бинт. 6.Стерильні серветки. 7..Марлеві або ватні кульки. 8.Стерильний пінцет. 9.Стерильна марлева маска. 10.Лікувальна мазь або розчин (для накладання під пов'язку). 11.Склянка з дезінфекційним розчином. Пов'язку роблять із довгої смужки бинта (7—10х50 см). Обидва його кінці розрізають ножицями назустріч від кінців до середини,	1.Пращоподібна пов'язка швидко накладається, але не є герметичною. 2.Мета накладання пращоподібної пов'язки після передньої тампонади носа — вбирання сукровичних виділень із тампонів. 3.Замінювати пов'язку потрібно у міру її забруднення.

	щоб усередині залишився цілий шматок (10—12 см) для накладання на ділянку запаленої або ушкодженої поверхні зовнішнього носа. У пов'язки має бути чотири кінці.	
	1. Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 2. З'ясуйте алергійний анамнез пацієнта. 3. Підготуйте пращоподібну пов'язку. 4. Ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 5. Запропонуйте хворому сісти на стілець і відхилити голову назад. 6. Проведіть туалет ушкодженої поверхні зовнішнього носа або присінка носа. 7. Покладіть відпрацьований тампон у «брудний» лоток.	
Основний етап	1. Візьміть пінцетом серветку з маззю або просочену антисептичним розчином і накладіть на ранову поверхню. 2. Покладіть пінцет у «брудний» лоток. 3. Візьміть пов'язку і накладіть нерозрізаною частиною зверху на серветку. 4. Перехрестіть розрізані кінці (верхні кінці бинта проведіть під вушною раковиною, нижні кінці — над нею). 5. Зав'яжіть верхні кінці пов'язки на шиї, а нижні — на потиличній ділянці. Накладання пов'язки після передньої тампонади носа: 1. Шматок бинта з обох кінців розріжте у поздовжньому напрямку так, щоб надрізи не доходили один до одного на 8—10 см. 2. На нерозрізану частину бинта покладіть 1—2 марлеві чи ватні кульки, обгорніть їх центральною частиною бинта і зав'яжіть так, щоб кульки були огорнені бинтом і утримувались у цьому місці. 3. Накладіть центральну частину пов'язки на ділянку входу в ніс, а кінці, перехресшуючи, зав'яжіть на задній поверхні голови: кінці, що були знизу, зв'яжіть на тім'яній ділянці вище вушних раковин, а верхні кінці — нижче вушних раковин, у верхній ділянці шиї.	
Завершальний етап	4. Завершення маніпуляції: 1. Відріжте залишки бинта і покладіть їх у «брудний» лоток. 2. З'ясуйте загальний стан хворого. 3. Вимийте руки, зніміть маску. 4. Оформіть документацію.	

6. Орофарингоскопія;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2. 2 стільці. 3.Настільна лампа. 4.Лобовий рефлектор. 5.Шпатель. 6.Стерильна марлева маска. 7.Марлеві серветки. 8.Склянки з дезінфекційним розчин.	Забезпечується виконання правил безпеки
	1.Надіньте лобовий рефлектор. 2.Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 3.Запропонуйте хворому сісти на стілець біля медичного стола. 4.Сядьте навпроти пацієнта. 5.Стисло ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 6.Увімкніть настільну лампу.	
Основний етап	1. У ліву руку візьміть шпатель так, щоб великий палець підтримував його знизу, а II—IV пальці були зверху. 2.Запропонуйте хворому відхилити голову назад. 3.Праву долоню покладіть на тім'я хворого. 4.Попросіть хворого відкрити рот. 5.Спрямуйте світло від лобового рефлектора в ротову порожнину. 6.Лівою рукою введіть шпатель у ротову порожнину. 7.Шпателем по черзі відтягніть кути рота, верхню та нижню губу, оглядаючи слизову оболонку губ, щік і ясен. 8.Обстежте вивідні протоки привушних слинних залоз, стан зубів, язичка, ясен, твердого і м'якого піднебіння.	
Завершальний етап	9.Виведіть шпатель з ротової порожнини. 10.Покладіть шпатель у дезінфекційний розчин. 11.Вимийте руки, зніміть маску і лобовий рефлектор. 12.Оформіть документацію.	

7. Узяття мазка зі слизової оболонки глотки на виявлення збудника;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Два лотки, штатив.	Забезпечується виконання правил безпеки

	4. Три стерильні ватні тампони у стерильних пробірках (два для глотки, один — для носа). 5. Шпатель. 6. Спиртівка. 7. Марлева маска. 8. Марлеві серветки. 9. Склограф. 10. «Журнал узяття мазків на дифтерію». 11. Бланк «Направлення мазків у бактеріологічну лабораторію». Особливості проведення маніпуляції: 1. Матеріал збирають натще або не раніше ніж через 2—3 год після їди. 2. Перед узяттям матеріалу не слід полоскати горло антисептичними розчинами. 3. Для взяття мазка у маленьких дітей потрібен помічник, який буде утримувати дитину, фіксуватиме її тулуб, кінцівки і голову. 4. Якщо транспортування пробірок з матеріалом триває понад 3 год, то матеріал пересилають у 5 % розчині гліцерину.	
Основний етап	1. Запаліть спиртівку. 2. Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 3. Запропонуйте пацієнту сісти на стілець обличчям до джерела світла. 4. Стисло ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 5. Запропонуйте пацієнту відхилити голову назад. 6. Лівою рукою візьміть пробірку зі стерильним тампоном із штатива. 7. Правою рукою вийміть стерильний тампон із пробірки. 8. Лівою рукою поставте пробірку у штатив	
	Узяття мазка зі слизової оболонки глотки: 1. Попросіть хворого широко відкрити рот. 2. Лівою рукою візьміть шпатель, уведіть його в ротову порожнину і притисніть спинку язика донизу. 3. Правою рукою введіть тампон у ротову порожнину і штриховими рухами спочатку проведіть одним боком тампона по правій половині глотки — по піднебінних дужках і мигдалику, а потім, не обертаючи тампон (іншим його боком), — по лівій половині. Якщо на слизовій оболонці є наліт, мазок слід брати, починаючи з місця, де нальоту немає, і просуваючи тампон у напрямку самого нальоту та по його поверхні. При цьому намагаються отримати шматочок нальоту і залишити його на ваті тампона.	

Завершальний етап	4. Виведіть тампон і шпатель з ротової порожнини, не торкаючись стерильною частиною тампона ні зубів, ні губ. 5. Покладіть шпатель у дезінфекційний розчин. 6. Швидко візьміть пробірку зі штатива в ліву руку. 7. Проведіть горловиною пробірки над вогнем спиртівки. 8. Уведіть у пробірку тампон, не торкаючись зовнішньої поверхні пробірки. 9. Закрийте пробірку, поставте у штатив. 10. Поетапно повторіть цей самий алгоритм узяття мазка зі слизової оболонки глотки іншим тампоном. 11. Загасіть спиртівку. 12. Вимийте руки, зніміть маску. 13. На зовнішній поверхні пробірки склографом (або іншим способом) позначте мазок, отриманий із зів, — напишіть літеру «З»; на пробірці з мазком із носа — літеру «Н». При дослідженні на дифтерію крім мазка із зів слід завжди брати мазок із носа. 14. Випишіть направлення до бактеріологічної лабораторії і позначте: 1. Медичний заклад, де було взято мазок. 2. Паспортні дані хворого, у якого взяли мазок. 3. Характер отриманого матеріалу: мазок зі слизової оболонки зів («З») і носа «Н» (ті літери які написані на відповідних пробірках). 4. Попередній діагноз. 5. Мету дослідження (посів на виявлення збудній дифтерії). 6. Дату і час узяття матеріалу. 7. Прізвище та підпис медичного працівника, який брав матеріал. 8. Направлення прикріпіть до зовнішньої поверхні бірки. 9. Оформіть документацію: запишіть у «Журнал взяття мазків на дифтерію» паспортні дані хворого, у якого взято мазки. 10. Відправте пробірки до бактеріологічної лабораторії.	

8. Змащування слизової оболонки носа;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Медичний стіл. 2. Два стільці. 3. Настільна лампа. 4. Два лотки. 5. Лобовий рефлексор. 6. Очна скляна лопаточка або шпатель. 7. Багнетоподібний або колінчастий пінцет.	1. Змащування слизової оболонки носа лікарськими засобами проводять з діагностичною і лікувальною метою. З лікувальною метою

	8.Носове дзеркало. 9.Носові зонди з нарізкою. 10.Вата. 11.Стерильні носові турунди завдовжки 3—7 см. 12.Марлеві серветки. 13.Марлева маска. 14.Склянка з дезінфекційним розчином. 15.Мазі, пасти, гелі, суспензії, олійні чи водні розчини тощо.	застосовують в 'язучі, дезінфекційні, подразнювальні й припікальні засоби: протаргол, йодинол, розчин Люголя, ляпіс тощо. З діагностичною метою змащування виконують за допомогою судинозвужувальних та анестезивних засобів (адреналін, димедрол, лідокаїн тощо). 2.До розчину анестетика (лідокаїн 2 %, димедрол 10 %) додають 0,1 % розчин адреналіну у співвідношенні 10:1. Останній посилює знеболювальний ефект, знижує інтенсивність
Основний етап	1.Великим пальцем лівої руки підніміть кінчик носа пацієнта догори (голова пацієнта відхилена назад). 2.Утримуючи зонд правою рукою, занурте його у склянку з лікарським засобом (розчини протарголу, ляпісу, йодинолу, лідокаїну з адреналіном тощо). При цьому стежте, щоб на ваті не було надлишку рідини, яка розливатиметься по стінках носової порожнини. 3.Уведіть зонд до носової порожнини. 4.Правою рукою під контролем зору обертальними рухами зонда по стінках носової порожнини нанесіть лікарський засіб на слизову оболонку носа. 5.Вийміть зонд із носової порожнини. 6.Зніміть брудну вату із зонда. 7.Накрутіть на зонд чисту вату і повторіть процедуру в іншій половині носа.	усмоктування анестетика в кров і зменшує його токсичний вплив на організм. 3.Змащування можна проводити не лише обертальними, а й зворотно-поступальними рухами зонда. 4.Слід міцно накрутити вату на робочий кінець зонда, щоб вона не зісковзнула під час маніпуляції і не потрапила у дихальні шляхи хворого.
Завершальний етап	8.Зніміть брудну вату із зонда і покладіть її у «брудний» лоток. 9.Металевий зонд занурте в дезінфекційний розчин.	

9. Отоскопія;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа. 4.Лобовий рефлектор. 5.Вушні лійки (№ 1—№ 6). 6.Марлева маска.	1.Заборонено вводити вушну лійку в кістковий відділ зовнішнього слухового ходу.
Основний етап	1.Надіньте лобовий рефлектор відповідним чином. 2.Вимийте руки, надіньте маску. 3.Запропонуйте пацієнту сісти ліворуч від джерела світла. Вушна раковина має знаходитися на відстані 10— 15 см від лампи. 4.Ознайомте пацієнта з ходом і суттю обстеження, залучіться його згодою. 5.Сядьте навпроти пацієнта таким чином, щоб можна було зберігати фокусну відстань лобового рефлектора (25-30 см) під час огляду. 6.Запропонуйте хворому повернути голову у відповідний бік.	2.Під час отоскопії лівого вуха вушну раковину потрібно відтягувати правою рукою, а вушну лійку утримувати лівою рукою. 3.Вушну раковину в дітей відтягують у напрямку назад і вниз, щоб вирівняти зовнішній слуховий хід.
	Огляд починають зі здорового вуха. Отоскопія без застосування вушної лійки: 1.Для отоскопії правого вуха у дорослої людини великим і вказівним пальцями лівої руки відтягніть вушну раковину назад і вгору. 2.Спрямуйте світловий фокус від лобового рефлектора на зовнішній слуховий хід. 3.Зверніть увагу на наявність ушкоджень, гіперемії, набряку, сірчаної пробки, сторонніх тіл, а також визначте ширину зовнішнього слухового ходу, щоб вибрати лійку відповідного діаметра. Отоскопія за допомогою вушної лійки: 1.Для отоскопії правого вуха у дорослої людини великим і вказівним пальцями лівої руки відтягніть вушну раковину назад і вгору. 2.Вушну лійку візьміть за розширену частину великим і вказівним пальцями правої руки. 3.Сфокусуйте світловий фокус від лобового рефлектора на вушну лійку. 4.Обережними рухами просуваючи вушну лійку вздовж слухового ходу на глибину до 0,5—0,7 см (у перетинчасто-хрящовий відділ), огляньте по черзі всі його стінки. 5.Повертаючи і нахиляючи голову хворого, найдіть положення, у якому вдасться побачити барабанну перетинку. 6.Огляньте барабанну перетинку.	4.У разі набряку шкіри слухового ходу, наявності тріщини чи екземи використовують лійку трохи меншого діаметра і вводять її у зовнішній слуховий хід дуже обережно. 5.Під час дослідження дітей молодого віку помічник бере їх собі на коліна. Однією рукою він міцно тримає голову дитини, при-тискаючи її до своїх грудей, а другою — тримає її руки. Для кращої фіксації ноги малюка помічник затискає між своїми ногами.

Завершальний етап	Завершення отоскопії: 1. Виведіть вушну лійку із зовнішнього слухового ходу. 2. Покладіть вушну лійку у «брудний» лоток або у дезінфекційний розчин. 3. Вимийте руки. 4. Зніміть маску і лобовий рефлектор. 5. Оформіть документацію	

10. Передня тампонада носа;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Медичний стіл. 2. Два стільці. 3. Настільна лампа. 4. Лобовий рефлектор. 5. Носове дзеркало. 6. Носоглоткове дзеркало. 7. Носові зонди з нарізкою. 8. Носові пінцети. 9. Шпатель. 10. Ниркоподібні лотки. 11. Стерильний бинт. 12. Стерильні серветки. 13. Стерильна марлева вузька турунда (1,5х70 см). 14. Стерильна вата. 15. Гемостатичний розчин. 16. 2% розчин лідокаїну. 17. Склянка з дезінфекційним розчином.	1. Необхідно дотримуватися правил інфекційної безпеки медичного працівника і хворого: маніпуляцію виконувати в гумових рукавичках, щоб запобігти контакту з кров'яними виділеннями хворого. 2. Виготовлення турунди. Марлеву турунду роблять із довгої смужки бинта (4*150 см). Краї бинта загортають з кожного боку до середини, потім складають по середній лінії (по довжині), згортають у клубок, кладуть у бікс і
Основний етап	1. Хворий перебуває в положенні напівсидячи. 2. Лікар проводить туалет носової порожнини і риноскопію. 3. Пацієнта стисло ознайомлюють із ходом і суттю маніпуляції. 4. З'ясовують його алергійний анамнез, проводять знеболювання слизової оболонки носової порожнини шляхом 2—3-разового змащування її 2 % розчином лідокаїну. 5. Медична сестра готує турунду для введення в носову порожнину. Двома стерильними пінцетами вона витягає з бікса скручену в клубок турунду, розмотує і занурює її у склянку з гемостатичним розчином. Послідовно медична сестра витягає турунду зі склянки, віджимаючи між браншами пінцета. Потім бере турунду,	направляють на стерилізацію. 3. Слід пам'ятати, що кров до носової порожнини може затікати з інших відділів верхніх дихальних шляхів (глотки, гортані) трахеї), а іноді — із середнього вуха через слухову трубу, тому необхідно локалізувати джерело кровотечі за допомогою зовнішнього огляду хворого, риноскопії, фарингоскопії тощо.

	залишаючи 6—7 см до її кінця, і подає лікарю.	
	Під контролем зору лікар: 1. Уводить турунду на всю глибину нижнього носового ходу(до хоан), ущільнює її зведеними браншами пінцета, виводить пінцет із носа. 2. Знову захоплює турунду на 6-7см зовні від присінка носа та вводить її в носову порожнину(до хоан) і притискає до попередньої петлі. 3. У такий спосіб заповнює всю носову порожнину. Кінчики турунди залишає зовні. Після введення тампона в ніс ніздрю закривають ватною кулькою і накладають пращоподібну пов'язку на ніс. Лікар оформлює документацію. Медична сестра обробляє використаний медичний інструментарій. Догляд за переднім носовим тампоном . Передній тампон лікар видаляє через 1—3 доби. Це слід робити дуже повільно після попереднього просочування тампона 3 % розчином перекису водню. Для профілактики інфікування тампон щоденно просочують розчинами антисептиків, антибіотиків за допомогою шприца з голкою.	

11. Пневмомасаж барабанної перетинки;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Медичний стіл. 2. Два стільці.	1. Під час пневмомасажу

	3.Настільна лампа. 4.Лобовий рефлектор. 5.Пневматична лійка Зігле, з'єднана гумовою трубкою з гумовим балоном, або апарат для виконання пневмомасажу барабанної перетинки	барабанної перетинки повітря в слуховому ході послідовно згущується та розріджується, зумовлюючи коливання барабанної перетинки, а з нею — і рух усього
Основний етап	Маніпуляцію проводить лікар. Підготовка до маніпуляції. Обов'язки медичної сестри: 1.Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 2.Підготуйте необхідне оснащення. 3.Запропонуйте пацієнту сісти на стілець біля медичного стола. Пневмомасаж барабанної перетинки за допомогою лійки Зігле. Обов'язки лікаря: 1.Лікар стисло знайомить пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучається його згодою. 2.Лікар під контролем зору (за допомогою лобового рефлектора) лівою рукою уводить лійку Зігле у відповідний зовнішній слуховий хід. 3.Після огляду барабанної перетинки лікар проводить пневмомасаж, стискаючи правою рукою гумовий балон близько 30—40 разів за 1 хв. Пневмомасаж барабанної перетинки за допомогою спеціального апарата. Обов'язки медичної сестри: 1.Підготуйте до роботи й увімкніть спеціальний пристрій. 2.Вушну оливу апарата (одну або обидві) уведіть у зовнішній слуховий хід і включіть апарат на 3—10 хв. Завершення маніпуляції. Обов'язки медичної сестри: 1.Зберіть використане оснащення. 2.Обробіть його. 3.Вимийте руки, зніміть маску. Обов'язки лікаря: 1.Лікар оформляє документацію	ланцюга слухових кісточок. 2. Подібний ефект можна отримати шляхом самомасажу: хворий уводить вказівний палець у однойменний слуховий хід і ритмічними рухами викликає коливання тиску в зовнішньому слуховому ході, спричиняючи цим коливання барабанної перетинки і слухових кісточок.
Завершальний етап		

12. Продування слухових труб за методом Поліцера;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа.	1.Під час вимовляння слова «три» м'яке піднебіння

	4. Два лотки. 5. Отоскоп (гумова чи пластмасова трубка завдовжки 60—80 см із невеликими оливами на обох кінцях). 6. Велика гумова груша (балон Політцера), з'єднана гумовою трубкою з носовою оливою.	піднімається вгору; притискається до задньої стінки глотки і відокремлює носову частину глотки від ротової.
	Маніпуляцію проводить лікар! 1. Підготовка до маніпуляції. Обов'язки медичної сестри: 1. Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 2. Запропонуйте пацієнту сісти на стілець біля медичного стола. 3. Підготуйте необхідне оснащення.	Затиснуті пальцями ніздрі перекривають вхід у ніс, утворюючи, замкнуту порожнину, яка включає носову порожнину та носову частину глотки. У момент стискання балона тиск у цій замкнутій порожнині підвищується, що зумовлює відкриття слухових труб і проникнення повітря з носової частини глотки в барабанну порожнину, яке супроводжується специфічним звуком.
Основний етап	Обов'язки лікаря: 1. Лікар ознайомлює пацієнта з ходом маніпуляції. 2. Одну оливу отоскопа лікар уводить у зовнішній слуховий хід пацієнта, іншу — собі у вухо. 3. Балон Політцера лікар уводить у присінок носової порожнини пацієнта, утримує його великим пальцем лівої руки і закриває інший носовий хід пацієнта вказівним пальцем. 4. Балон потрібно тримати правою рукою. 5. Іншими пальцями лівої руки лікар щільно притискає обидва крила носа (одне — до балона, друге — до носової перегородки), щоб герметично перекрити вхід у ніс. 6. Пропонує хворому вимовити по складах слово «паро- ход», або «раз, два, три. 7. Так само потрібно продувати слухову трубу з іншого боку.	

Завершальний етап	Завершення маніпуляції. Обов'язки медичної сестри. 1. Зберіть відпрацьоване медичне оснащення. 2. Вимийте оснащення, замочіть його у дезінфекційному розчині. 3. Вимийте руки, зніміть маску. Обов'язки лікаря: 1. Лікар оформляє документацію.»	

13. Вимивання сірчаних пробок із зовнішнього слухового ходу;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1. Медичний стіл. 2. Два стільці. 3. Настільна лампа. 4. Лобовий рефлектор. 5. Вушні лійки. 6. Шприц Жане. 7. Вушні зонди з нарізкою. 8. Стерильна вата. 9. Стерильні марлеві серветки. 10. Два ниркоподібні лотки. 11. Теплий (37 °C) розчин перевареної води або фурациліну. 12. Чистий рушник і клейончастий фартух. 13. Склянка з дезінфекційним розчином.	1. Заборонено видаляти пінцетом круглі сторонні тіла із зовнішнього слухового ходу. 2. Перед виконанням маніпуляції обов'язково зверніть увагу на ознаки перенесених гнійних хвороб вуха, наявність перфорації барабанної перетинки. За наявності перфорації застосовувати метод вимивання не можна, адже це призведе до загострення запального процесу. У таких випадках сірчану пробку видаляє лікар за допомогою інструментів.
	1. Увімкніть настільну лампу. 2. Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 3. Запропонуйте пацієнту сісти на стілець біля медичного стола. 4. Підготуйте необхідне оснащення. 5. Накрийте відповідне плече хворого чистим рушником або клейонкою.	
Основний етап	Техніка вимивання сірчаних пробок: 1. Ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 2. Запропонуйте пацієнту взяти ниркоподібний лоток і тримати його під хворим вухом, притискаючи до шиї (це може виконувати й асистент).	

Завершальний етап	3.Наберіть у шприц Жане 100—150 мл теплою (37 °С) розчину перевареної води або фурациліну. 4.Вушну раковину з відповідного боку відтягніть великим і вказівним пальцями назад і вгору. 5.Уведіть наконечник шприца у зовнішній слуховий хід на глибину 0,5—0,7 см, не торкаючись стінок. 6.Щоб не травмувати стінки слухового ходу, підтримуйте шприц 2—3 пальцями (середній, безіменний, мізинець) руки, якою відводите вушну раковину. 7.Поступовими рухами поршня шприца спрямуйте струмінь розчину на задньоверхню стінку зовнішнього слухового ходу. 8.Виконуйте маніпуляцію доти, доки сірчана пробка (стороннє тіло) не вимийся назовні. 9.Виведіть наконечник шприца з вуха. Завершення маніпуляції: 1.Покладіть шприц Жане у «брудний» лоток. 2.Видаліть рештки розчину фурациліну на шії серветками, покладіть їх у «брудний» лоток. 3.Проведіть туалет зовнішнього слухового ходу сухим методом. 4.З'ясуйте загальний стан хворого. 5.Вимийте руки, зніміть маску. 6.Оформіть документацію.	

14. Дослідження слуху шепітною і розмовною мовою;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Тріскачка Барані.	Забезпечується
	1.Вимийте руки, надіньте маску. 2.Запропонуйте пацієнту сісти на стілець або стати у потрібному місці. 3.Поясніть хворому, що він швидко і чітко повинен повторювати названі Вами слова (числа). Залучіться його згодою. 4.Запропонуйте пацієнту повернутися до Вас вухом, яке потрібно обстежити. 5.Пацієнт повинен закрити інше вухо, щільно притискуючи козелок до зовнішнього слухового отвору вказівним пальцем. 6.З метою запобігти ефекту переслуховування (під час перевірки слуху розмовною мовою) асистент повинен заглушити інше вухо тріскачкою Барані. 7.Щоб унеможливити читання з губ, хворий не повинен дивитися на медичного працівника.	виконання правил безпеки
Основний етап	1.Дослідження шепітною мовою слід починати з близької відстані (безпосередньо біля вушної раковини пацієнта). 2.Після нефорсованого видиху пошепки вимовляйте слова з низькими звуками (номер, пора, море, мороз) або числа (тридцять два, двадцять п'ять). 3.Потім вимовляйте слова з високими звуками (хаща, їжа, щі) або числа (сімдесят шість, сорок сім). 4.Кожне слово, сказане пошепки, пацієнт повинен повторювати. 5.Якщо пацієнт повторює правильно, відійдіть на крок від нього і продовжуйте перевірку, використовуючи запропоновані слова. 6.Відходьте від пацієнта доти, доки він не зможе чітко повторити вимовлені Вами слова. 7.Після цього проведіть дослідження розмовною мовою.	
Завершальний етап	Завершення обстеження: 1.Вимийте руки, якщо ви асистували. 2.Зніміть маску. 3.Оформіть документацію.	

15. Накладання зігрівального компресу на ділянку вуха

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці (або кушетка). 3.Настільна лампа. 4.Ножиці. 5.Два лотки. 6.Матеріал, що відштовхує воду (компресний, воцаний папір чи целофанова плівка), у якому попередньо роблять розріз для вушної раковини. 7.Гігроскопічна вата, шерсть або фланель. 8.Бинт для фіксації компресу на вусі. 9.Марлеві серветки. 10.Шматок марлі або бинта, зложений у кілька шарів (6—8) до розміру приблизно 10—12 см (у центрі роблять розріз завдовжки 5—7 см — за величиною вушної раковини). 11.Розчин етилового спирту (96 %, наполовину розведений водою), горілка, розчин оцту (1 чайна ложка на 0,5 л води) або переварена вода. 12.Марлева маска.	1.Правильно накладений компрес зменшує тепловіддачу зі шкіри привушної ділянки, оскільки між шкірою і першим шаром утворюється водяна пара, яка підтримує температуру тіла та сприяє тривалому розширенню судин шкіри і тканин. Цим зумовлені посилення обміну в ділянці вуха, знеболювальний ефект, розсмоктування або обмеження запального інфільтрату.
Основний етап	1.Вимийте руки, надіньте маску. 2.Підготуйте марлеві серветки залежно від розмірів привушної ділянки, воцаний папір з розрізом посередині для вушної раковини і компресну вату відповідних розмірів. Кожний наступний шар має бути більшим за попередній на 1—1,5 см. 3.Запропонуйте пацієнту сісти на стілець. 4.Стисло ознайомте хворого з ходом і суттю маніпуляції, залучіть його згодою. 5.Змочіть 6—8 шарів марлі напівспиртовим розчином, відтисніть їх. 6.Запропонуйте пацієнту повернути голову у відповідний бік. 7.Накладіть серветки на привушну ділянку, щоб вони закривали також соскоподібний відросток («одягніть» серветку на вушну раковину так, щоб провести її у створений розріз). 8.Покладіть («одягніть») зверху компресний папір. 9.Покладіть шар вати завтовшки 2—3 см. 10.Зафіксуйте зігрівальний компрес бинтом.	2.Тільки третім шаром накривають усю ділянку компресу, включаючи і вушну раковину. 3.Тривалість дії компресу — до 3—4 год. Горілчані, а особливо напівспиртові, компреси міняють частіше (через 1—2 год), оскільки спирт випаровується інтенсивніше, ніж вода. 4.Для кращого прогрівання ззовні потрібно обгорнути компрес теплою тканиною.
Завершальний етап	Завершення маніпуляції: 1.З'ясуйте загальний стан пацієнта. 2.Вимийте руки, зніміть маску. 3.Оформіть документацію.	

16.: Проведення вестибулярних проб;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування

Підготовчий етап	1.Вимийте руки, надіньте маску. 2.Стисло ознайомте пацієнта з ходом обстеження, залучіться його згодою.	Забезпечується виконання правил безпеки
	1.Вимийте руки, надіньте маску. 2.Стисло ознайомте пацієнта з ходом обстеження, залучіться його згодою	
Основний етап	1.Запропонуйте хворому рівно стати, ноги поставити разом (носки і п'ятки зімкнути), руки витягнути вперед. 2.Пацієнт із розплющеними очима повинен доторкнутися своїми вказівними пальцями до вказівних пальців лікаря. 3.Потім хворий із заплющеними очима повинен доторкнутися своїми вказівними пальцями до вказівних пальців лікаря. 4.Спостерігайте за рухами вказівних пальців хворого.	

	Проведення пальце-носової проби: 1. Запропонуйте хворому рівно стати, ноги поставити разом (носки і п'ятки зімкнути), руки витягнути вперед. 2. Хворий із розплющеними очима повинен торкнутися вказівним пальцем (правої, а потім лівої руки) кінчика свого носа. 3. Пацієнт із заплющеними очима повинен торкнутися вказівним пальцем (правої, а потім лівої руки) кінчика свого носа. 4. Спостерігайте за рухами вказівних пальців хворого. Проведення проби витягнутих рук: 1. Запропонуйте хворому рівно стати, ноги поставити разом (носки і п'ятки зімкнути), руки витягнути вперед. 2. Пацієнт повинен вказівні пальці розпрямити вперед, інші — стиснути в кулак, заплющити очі і постояти в такій позі кілька хвилин. 3. Лікар стоїть навпроти і тримає свої вказівні пальці проти пальців хворого. 4. Спостерігайте за рухами вказівних пальців хворого. Проведення проби Ромберга: 1. Запропонуйте хворому рівно стати, ноги поставити разом (носки і п'ятки зімкнути), руки витягнути вперед. 2. Пацієнт повинен заплющити очі і постояти в такій позі кілька хвилин. 3. Спостерігайте за рухами хворого. Проведення обертової проби: 1. Запропонуйте хворому сісти в крісло Барані, нахилити голову вперед на 30° і заплющити очі. 2. Обертайте крісло навколо вертикальної осі зі швидкістю 10 обертів за 20 с. 3. Зупиніть крісло. 4. Секундоміром зафіксуйте час і запропонуйте пацієнтові відкрити очі та слідкувати за Вашим пальцем, який повільно відведіть спочатку праворуч, а потім — ліворуч. 5. Спостерігайте за посмикуваннями очних яблук. 6. Запишіть, коли ністагм зникне.	
Завершальний етап	Завершення обстеження: 1. Вимийте руки, зніміть маску. 2. Оформіть документацію.	

17. Проведення туалету зовнішнього вуха(сухий та вологий способи;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Медичний стіл. 2.Два стільці. 3.Настільна лампа. 4.Лобовий рефлектор. 5.Ватні зонди з нарізкою. 6.Стерильна вата. 7.Два ниркоподібні лотки. 8.Марлева маска. 9.Дезінфекційний розчин. 10.Шприц на 20—100 мл.	Забезпечується виконання правил безпеки
Основний етап	1.Надіньте лобовий рефлектор. 2.Надіньте маску. 3.Вимийте руки. 4.Запропонуйте пацієнту сісти на стілець. 5.Ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 6.Накрутіть вату на зонд так, щоб утворився ватний пушок, що дасть змогу запобігти травмуванню стінок зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки. Туалет зовнішнього слухового ходу (сухий спосіб; 1.Великим і вказівним пальцями лівої руки відтягніть праву вушну раковину назад і вгору (у дітей — назад і вниз), щоб вирівняти зовнішній слуховий хід. 2.Правою рукою під контролем зору введіть зонд у слуховий хід. 3.Обертальними рухами зонда (за годинниковою стрілкою) по стінках слухового ходу зберіть патологічний вміст. 4.Витягніть зонд із вуха. 5.Огляньте вату на зонді й визначте характер патологічного вмісту. 6.Зніміть вату із зонда і покладіть її у «брудний» лоток. 7.Повторіть маніпуляцію з чистою ватою доти, доки вата і зовнішній слуховий хід не стануть сухими й чистими. Покладіть відпрацьований зонд у дезінфекційний розчин. 8.Проведіть туалет лівого зовнішнього слухового ходу в тій самій послідовності. Туалет зовнішнього слухового ходу (вологий спосіб; 1.Хворий сам повинен тримати ниркоподібний лоток, міцно притискаючи його до бічної поверхні шиї. 2.Лівою рукою відтягніть вушну раковину дорослих назад і вгору для випрямлення слухового ходу, а правою — уведіть «нозик»	

	шприца у вухо пацієнта, але не глибше ніж на 0,5—0,6 см. 3.Струмінь теплого розчину (37 °C) окремими порціями з помірною силою направте вздовж задньої стінки зовнішнього слухового ходу. 4.Наповнюючи шприц, слід переконатися, що в ньому немає повітря, інакше бульбашки повітря, змішуючись із водою, викликають різкий шум, неприємний для хворого 5.Після промивання голову пацієнта нахиліть убік, щоб дати можливість рідині витекти з вуха, рештки її видаліть ватою, накрученою на зонд.	
Завершальний етап	Завершення маніпуляції: 1.Вимийте руки, зніміть маску. 2.Оформіть документацію	

18. Інсуфляція в ніс лікарських засобів;

Етапи	Послідовність дій	Обґрунтування
Підготовчий етап	1.Порошковдувач (інсуфлятор), заповнений порошкоподібним лікарським засобом (лікарською формою у вигляді дрібного сухого порошку), необхідним для лікування хворого. 2.Носове дзеркало. Сучасні лікарські засоби випускають у пляшечках, пристосованих для вприскування їх вмісту в ніс (кишенькові інгалятори, пульверизатори, назальні спреї тощо).	1.У домашніх умовах лікарський засіб у вигляді порошку можна втягувати в кожную ніздрю по черзі з аркуша паперу. 2.У разі використання лікарських засобів, що під тиском видаються з балончика чи пляшечки
	1.Ретельно вимийте руки, надіньте маску. 2.Накрутіть невеликий шматок вати на зонд (за годинниковою стрілкою) таким чином, щоб із дистального кінця зонда залишився ватний пушок. 3.Стисло ознайомте пацієнта з ходом і суттю маніпуляції, залучіться його згодою. 4.Запитайте пацієнта про можливу непереносимість ліків. 5.Запропонуйте пацієнту сісти на стілець і відхилити голову назад. 6.Спрямуйте на ділянку носа світло від настільної лампи. 7.Під контролем зору (за потреби) проведіть туалет носової порожнини. 8.Зніміть брудний тампон із зонда. 9.Лівою рукою введіть дзьоб	(Кишеньковий інгалятор) носик пульверизатора вводять у ніздрю і натискають на головку пляшечки, що зумовлює вприскування лікарського засобу в носову порожнину. За достатнього досвіду хворий може самостійно виконати цю процедуру

	носового дзеркала в одну з ніздрів хворого і, стискаючи бранші, розширте просвіт входу в ніс. 10.Правою рукою візьміть порошокдувач за гумовий балон і обережно введіть його стерильний наконечник у просвіт між розкритими браншами дзьоба. 11.Натискаючи на гумовий балон, вдуйте порошок у ніс слідкуючи за тим, щоб він лягав тонким рівномірним шаром, не утворюючи грудок.	
Завершальний етап	1.Вимийте руки, зніміть маску. 2.Оформіть документацію.	

Література

1. Алгоритми практичних навичок з дисципліни «Медсестринство в педіатрії», Сміян І.С., 70 ст. 2018
2. Бабінець ЛС (ред). Геронтологія в сімейній медицині: навчальний посібник. Ч.1. Київ: Магнолія; 2023. 510 с.
3. Балакін ВВ. Збірка лекцій з дисципліни «Геронтологія, геріатрія та паліативна медицина». Берислав; 2020. 89 с.
4. Валовіна А.М. Практикум з гінекології: навчальний посібник (І—ІІІ р. а.) — К.: Медицина, 2018. — 128 с.
5. Гінекологія: керівництво для лікарів / В.К. Ліхачов. — Вінниця: Нова книга, 2018. — 688с. для студентів ВНЗ І-ІІІ р.а. Затверджено МОЗ. К., «Медицина», 2016. — 138 с.
6. Клінічне медсестринство в інфекційних хворобах: навчальний посібник / В.М. Козько, Г.О.Соломенник, К.В. Юрко.- К.: ВСВ « Медицина », 2018. — 256 с.
7. Комплексні матеріали з акушерства та гінекології для проведення об'єктивного структурованого клінічного іспиту (електронне видання): за редакції Геник Н.І., Остафійчук С.О., Сніжко Т.Б. // Навчальний посібник. — Івано-Франківськ. Видавництво ІФНМУ, 2024. — с 285.
8. МАТЕРІАЛИ всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» 25 лютого 2022р.
9. Медсестринство в дерматології і венерології: навчально-методичний посібник (І—ІІІ р. а.) / В.І. Степаненко, А.І. Чоботарь, С.О. Бондарь та ін. 2018 р. — 516 с.
10. Медсестринство в педіатрії: підручник / В.С. Тарасюк, Г.Г. Титаренко, І.В. Паламар та ін. — 2-е видання. 2021 — 336 с.
11. Медсестринство в психіатрії і наркології: підручник (ВНЗ І—ІІІ р. а.) / І.І. Погорелов, С.Ю. Сезін. — 3-є вид., випр. 2018 — 352 с.
12. Медсестринство в стоматології: навчальний посібник / І.П. Мазур, Л.О. Щербак, С.В. Хлебас та ін. — 2-е видання. 2024.-160с.
13. Медсестринство у внутрішній медицині. // Шегедин М. Б., Безкоровайна У. Ю., Дацко Л. П. та ін. 2020 — 224с.
14. Медсестринство в дерматовенерології // Шегедин М.Б. та ін. 2017 — 200с.
15. Навчальний посібник для практичної підготовки студентів спеціальності 223 Медсестринство // Ред. Середюк Н.М., Бульбук О.І., Гвоздецька Г.С., Глов'як В.Г. та ін. — навчальний посібник для студентів спеціальності 223 Медсестринство — Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2022 — 352 с.
16. Наказ міністерства охорони здоров'я України 30 грудня 2015 року № 916 уніфікований клінічний протокол надання медичної допомоги-Медикаментозна алергія, включаючи анафілаксію
17. Наказ міністерства охорони здоров'я України 05.06.2019 № 1269 екстрена медична допомога: догоспітальний етап
18. Наказ МОЗ №1614 від 03.08.2021 Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення.
19. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12.04.2012 р. за № 678/20991) Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 043/о "медична карта стоматологічного хворого №__".
20. Наказ МОЗ України від 08.06.2015р. №325 (у редакції наказу МОЗ України від 06.09.2020р. №1602) Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 08.11.2022р. за №1387/38723 "ДЕРЖАВНІ САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ПРАВИЛА І НОРМИ щодо поводження з медичними відходами"
21. Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552(зареєстровано в Міністерстві юстиції України 03.09.2014 р. за № 1067/25844) Про затвердження Державних санітарних норм та правил

- "Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я".
22. Наказ МОЗ України наказ від 06.05.2021 № 882 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28.07.2021 р. за № 978/36600) Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювача для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ /Закладів надання соціальних послуг / соціального захисту населення.
 23. Невідкладні стани у акушерстві. Навчальний посібник для студентів медичних коледжів/ За ред.П. В.Яворського. Посібник для студентів ВНЗ I- III р.а. Затверджено МОЗ К., «Медицина», 2017. — 254с.
 24. Паліативно-хоспісна допомога: навчальний посібник / В.С. Тарасюк, Г.Б. Кучанська. – 2-е видання / «Медицина». – 2021. – с. 169-249.
 25. Патологічне та оперативне акушерство. Підручник для студентів ВНЗ I-III р.а. І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — 2-ге вид., виправлене. Затверджено МОЗ. К., «Медицина», 2017. — 246 с.
 26. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунoproфілактики. Підручник для мед. ВНЗ I-III р.а. – 7-ме випр. Затверджено МОЗ/За ред. С.К. Ткаченко, - К., 2018. – 592 с. + 8 с. кольор.вкл. тв.пал. (ст. 5 пр.)
 27. Практикум з медсестринства в хірургії. // Сабадишин Р. О., Маркович О.В. та ін. 2017 – 360с.
 28. Практикум із фантомного акушерства. П.В. Яворський, В.Й. Шатило. Навчальний посібник
 29. С.М. Григоров, Л.П. Рекова " Алгоритм заповнення обліково-медичної документації амбулаторного (стаціонарного) пацієнта в клініці хірургічної стоматології" Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів., Харків ХНМУ 2021р.
 30. Степанківська О.В., Щербина М.О. Гінекологія: підручник. (ВНЗ I—III р. а.) - К.: Медицина, 2018.- 4-е вид., випр., 260с.
 31. Степанківська О.В., Щербина М.О. Гінекологія: підручник. (ВНЗ I—III р. а.) - К.: Медицина, 2018.- 4-е вид., випр., 260с.
 32. Стерилізація інструментарію медичного призначення в стоматології : метод. вказ. для аудитор. та самост. роботи студентів 4-го курсу стомат. фак-ту з дисципліни «Внутрішня медицина, у тому числі «Епідеміологія» / упоряд. Т. О. Чумаченко, М. В. Райлян – Харків : ХНМУ, 2021. – 32 с.
 33. Тарасюк ВС, Кучанська ГБ. Паліативно-хоспісна допомога: навчальний посібник. 2-е видання. Київ: Медицина; 2021. 328 с.
 34. Фізіологічне акушерство. Підручник для студентів ВНЗ I-III р.а. І.Б.Назарова. В.Б.Самойленко— 2-ге вид., виправлене. Затверджено МОЗ. К., «Медицина», 2017. – 320 с.
 35. Фізіологічне акушерство. Підручник для студентів ВНЗ I-III р.а. І.Б.Назарова. В.Б.Самойленко— 2-ге вид., виправлене. Затверджено МОЗ. К., «Медицина», 2017. – 320 с.
 36. <https://cprguidelines.eu/>
 37. https://cprguidelines.eu/assets/guidelines-translations/BLS_The-ERC-Guidelines-2021.pdf
 38. [https://empendium.com/ua/chapter/B27.IV.24.15.](https://empendium.com/ua/chapter/B27.IV.24.15)
 39. <https://guidelines.moz.gov.ua/>
 40. <https://medikom.ua/duodenalnoe-zondirovanie-kiiev-obolon-pechersk/>
 41. <https://publish.com.ua/zdorovia-i-krasa/sifonna-klizma-pokazannya-ta-protipokazannya-tekhnika-vikonannya.html>
 42. <https://voladm.gov.ua/new/perelik-protipokazan-do-vakcinaciyi-vid-covid-19/>
 43. <https://vseosvita.ua/library/algoritmi-vikonanna-prakticnih-navicok-z-ginekologii-218156.html>
 44. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000897>
 45. [https://ifnmu.sharepoint.com/Lists/RepositoryLiterature/Attachments/4109/%D0%9F%D0%BE%D0%1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B8%20%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%A1%D0%95%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%98%D0%9D%D0%A1%D0%A2%D0%92%D0%9E-01.06.22%20%202%20\(1\).pdf](https://ifnmu.sharepoint.com/Lists/RepositoryLiterature/Attachments/4109/%D0%9F%D0%BE%D0%1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B8%20%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%A1%D0%95%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%98%D0%9D%D0%A1%D0%A2%D0%92%D0%9E-01.06.22%20%202%20(1).pdf)

46. <https://www.webcardio.org/unifikovanyj-klinichnyj-protokol-ekstrenoji-medychnoji-dopomoghyghipovolemichnyj-shok.aspx>
47. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0612282-16#Text>
48. <https://rumed-t.com.ua/patients/pidhotovka-do-analiziv/pravyla-zdiisnennia-bukalnoho-zishkribudlia-plr/>
49. <https://k-m-k.com.ua/wp-content/uploads/2020/03/LOR-Algorytmy.pdf>
50. https://ua.iliveok.com/health/laryngoskopiya_105671i15989.html
51. <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0460282-13>
52. http://www.ifnmu.edu.ua/images/studentam/ogoloshennia_dekanativ/kol/DEK/Materialy_DPA.pdf
53. https://cprguidelines.eu/assets/guidelines-translations/BLS_The-ERC-Guidelines-2021.pdf
54. <https://docs.dtki.ua/doc/v0460282-13>
55. <http://transfusiology.com.ua/wp-content/uploads/2021/07/SOP-avariyi-z-krovyu.pdf>
56. <http://uoz.cn.ua/dodnakazimoz110.doc>
57. https://zakononline.com.ua/documents/show/524450_765131
58. <http://emergency.vnmu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/02/tema-4-2.doc>
59. https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/OSKI_metod-rozr_psyhiat-2020.pdf
60. <http://collegeifnmu.co.uk/eduHubPages/page18.html>