

# **МДК 02.01**

## **Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**Раздел 1. Участие в лечебно-диагностическом  
процессе**

**«Сестринский уход в психиатрии и наркологии»**

# Тема 7

## Аффективные расстройства настроения

Продолжительность: 90 мин.

Место проведения: учебная аудитория.

Преподаватель: Ленских Ольга  
Викторовна.

Санкт-Петербург

2015

# Цель занятия

Ознакомиться с эпидемиологией, этиологией, симптомами и синдромами возникающими при аффективных состояниях. Разобрать принципы сестринского ухода при депрессивном состоянии, маниакальном и биполярном.

**Формируемые компетенции:**

ОК 1, ПК 1.1, ПК 4.2, ПК 4.6.

# **План занятия:**

- 1. Знакомство с новой темой.**
- 2. Решение ситуационных задач.**
- 3. Подведение итогов занятия.**
- 4. Задание на дом.**

# Дополнительная информация

В данной лекции нет рисунков (фотографий) психически больных людей.

С изменениями мимики, поведения вы можете ознакомиться в разделе «Дополнительные материалы по психиатрии» в специальных лекциях (Симптомы и синдромы в психиатрии №1, 2, 3, 4, 5 и др.).

Материалы для дополнительных лекций взяты из книги Л.М.Сухаревского «Клиника мимических расстройств»,  
М. Медицина, 1966 г.

# Как работать с лекцией?

Студент не только обязан изучить имеющийся учебный материал, но и должен знать значение всех **незнакомых слов, встречающихся в тексте** (посмотреть их в словаре, запомнить значение, знать перевод с другого языка т.к. часто в психиатрии перевод слова и его значение не совпадают из-за исторически сложившихся понятий).

Студенту необходимо решить **ситуационные задачи и ответить на контрольные вопросы.**

# Вопрос первый:

Аффективные расстройства настроения (F3-F39 по МКБ10) это группа эндогенных психических расстройств протекающих с изменениями настроения и поведения, не вызывающих изменения психики в период ремиссии.

# Основные понятия:

- ❑ под аффектом понимается яркое выражение эмоций, которое находит отражение в поведении;
- ❑ под настроением понимается сумма эмоций за определенный период времени, которая часто, но не всегда проявляется в поведении и может успешно скрываться.



## Аффективные расстройства это:

1. маниакальный эпизод -гипомания, мания без психотических симптомов, мания с психотическими симптомами);
2. биполярное аффективное расстройство;
3. депрессивный эпизод (легкий, умеренный, тяжелый, тяжелый без психотических и тяжелый с психотическими симптомами);
4. рекуррентное депрессивное расстройство;
5. хронические расстройства настроения (циклотимия, дистимия, другие хронические аффективные расстройства настроения;
6. смешанный аффективный эпизод;
7. расстройство настроения неуточненное.

## **К расстройствам настроения, кроме перечисленных выше также относят следующие синдромы:**

- сезонное изменение веса;
- вечернюю тягу к углеводам;
- предменструальные;
- подростковую агрессивность;
- «северную депрессию», возникающую у мигрантов из южных широт в северные;
- выделяют так же маскированную (или лаврированную, или соматизированную) депрессию;
- психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (F53).

# Эпидемиология

Средний возраст начала заболевания при монополярной депрессии- 35-40 лет, более позднее начало обычно сочетается с отсутствием наследственной отягощенности аффективными психозами, асоциальностью и алкоголизацией. Среди больных монополярной депрессией преобладают одинокие и состоящие в разводе лица. Заболеваемость этой формой депрессии выше среди женщин.

При биполярном расстройстве соотношение мужчин и женщин равно 1:1,2.

Распространенность биполярного заболевания составляет 0,6-0,9% населения.

Статистических данных по маниакальным эпизодам нет.

# Этиология

Единой теории возникновения аффективных расстройств нет.

Одной из главных гипотез является наследственная отягощенность. Так при наличии одного родителя с биполярной формой риск для ребенка заболеть депрессией равен 27%, при двух родителях повышается до 50-70%. Этот риск сохраняется также и у усыновленных детей.

Другая теория свидетельствует о возникновении в частности депрессивных после тяжелых стрессов (особенно утратой близких).

Выделяют также нейроэндокринные причины, которые нарушают работу гипоталаймо-гипофизарной системы.

Для возникновения депрессии в будущем играет роль утраты ребенком родителя (особенно матери) до 11 летнего возраста.

# Основные понятия:

- «Фаза» - ограниченное по времени болезненное состояние, применяемое к биполярному расстройству. Длительность фазы без лечения м.б. от нескольких дней до нескольких недель. В среднем 3-6 месяцев.
- «Светлый промежуток» - состояние с полным исчезновением психотических расстройств, сохранением психического здоровья и сохранением всех черт личности.
- «Предсердечная или витальная тоска»- состояние тоски, сопровождающееся неприятной (жгучей, давящей и др.) болью в области сердца или за грудиной.
- «Взрыв тоски или меланхолический раптус»- внезапный взрыв отчаяния с возбуждением, рыданиями, стонами, стремлением нанести себе повреждение и попыткой самоубийства.

# Вопрос второй

## *Маниакальный эпизод (F30)*

Клиника: появляется эйфорический оттенок настроения, который может смениться раздражительностью. Около 75% ведут себя агрессивно. Ориентировка как правило не нарушена, но осознание болезни отсутствует. Повышены аппетит и либидо.

Больные трудны для окружающих в общении, они постоянно оспаривают рамки общепринятых норм поведения, перекладывают ответственность на других за свои поступки, настраивают окружающих друг на друга. Склонны к обману и лжи. Досаждают окружающим своей многоречивостью. Речь изобилует шутками, рифмами, каламбурами. При остром маниакальном возбуждении выявляется его сходство с острым кататоническим возбуждением при шизофрении. Появляется склонность к алкоголизации, азартным играм, телефонным звонкам дальнего радиуса в ранние утренние часы, необычным сочетаниям ярких, экстравагантных украшений и нарядов.



## **Маниакальный эпизод может быть в виде гипомании или мании, с психотическими нарушениями и без оных.**

- **Гипомания** (F30.0) это легкая степень повышения настроения в виде радостной безоблачности с легкой раздражительностью, повышенной разговорчивостью, поверхностными суждениями, повышенной контактностью. В сфере поведения: повышенный аппетит, сексуальная расторможенность, отвлекаемость, снижение потребности во сне, поступки, пренебрегающие рамки морали. Субъективно ощущаются легкость ассоциаций, повышение работоспособности и творческой продуктивности. Объективно увеличивается число социальных контактов и успешность.

**Мания без психотических симптомов** (F30.1) это гипомания в сочетании с изменениями социального функционирования, неадекватность поступков, речевой напор и повышение активности без контроля пациентом. Повышается самооценка, высказываются идеи собственной значимости и величия. Ускоряется темп течения времени и значительно сокращается потребность во сне. Повышается толерантность и потребность в алкоголе, повышаются сексуальная энергия и аппетит, возникает тяга к путешествиям и приключениям. Больные часто подвержены венерическим заболеваниям и попадают в истории с непредсказуемыми последствиями. Больные броско одеваются, легко влюбляются. Благодаря скачке идей появляется много планов, которые не реализуются. Больные делают много долгов или просто раздают деньги.

**Мания с психотическими симптомами (F30.2)** сопровождается яркой скачкой идей, маниакальным возбуждением, к которым присоединяются вторичные бредовые идеи величия, высокого происхождения, гиперэротичности, ценности. Возможны галлюцинаторные оклики, подтверждающие значимость личности, или «голоса», говорящие пациенту об эмоционально нейтральных вещах, бред значения и преследования.

***Выделяют несколько вариантов маний:***

- веселую- преобладает эйфория;
- экспансивную – преобладание идей величия с гипердеятельностью;
- гневливую- с преобладанием раздражительности, гневливости, конфликтности.



# **Вопрос третий**

## **Депрессивный эпизод (F32)**

Клиника складывается из эмоциональных, когнитивных и соматических нарушений. Как дополнительные симптомы присутствуют идеи самообвинения, депрессивная деперсонализация, дереализация. Депрессия проявляется в снижении настроения, утрате интересов, удовольствия, снижения энергичности, повышенной утомляемости и снижении активности. Эпизод продолжается не менее 2-х недель.

Ритмика изменений настроения характеризуется типичным улучшением самочувствия к вечеру. Снижается самооценка, уверенность в себе, пациент отдаляется от окружающих, появляется чувство неполноценности.

Нарушается ритм сна/бодрствования, наблюдается бессонница. По утрам пациент с трудом встает с постели, снижается аппетит, появляется склонность к употреблению углеводов, аппетит улучшается в вечернее время.

При длительном течении депрессии у больных старше 50 лет клиническая картина начинает напоминать деменцию и возникают идеи виновности, самоуничтожения, будущее видится в мрачных и пессимистических тонах. Такое состояние приводит к самоповреждению или суициду.

Меняется восприятие времени, которое кажется бесконечно долгим и тягостным. Пациент перестает обращать на себя внимание, появляются ипохондрические и сенестопатические переживания, появляется депрессивная деперсонализация с негативными представлениями о собственном Я и теле.

Депрессивная дереализация выражается в восприятии мира в холодных и серых тонах. Речь обыкновенно замедленная с разговором о собственных проблемах и прошлом. Концентрация внимания затруднена, формулировка идей медленная.

При осмотре пациенты часто смотрят в окно или на источник света, жестикуляция с ориентацией по направлению к собственному телу, руки прижаты к груди, при тревожной депрессии к горлу, поза подчинения, опущенные углы рта.

При тревоге ускоренные жестовые манипуляции с предметами. Голос низкий, тихий, с большими паузами между словами.

## Легкий депрессивный эпизод (F32.0)

Пациент переживает отчетливое снижение энергии, повышенную утомляемость, настроение снижено.

На лице печальная улыбка, моторика снижена, но многие воспринимают ее как задумчивость.

Иногда первыми жалобами являются утрата смысла существования, снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая ранее была приятна пациенту.

Уверенность и самооценка снижены, появляются мысли о смерти и суициде. Могут быть жалобы на снижение концентрации внимания, нерешительность нарушения сна, изменение аппетита.

## Умеренный депрессивный эпизод (F32.1)

Главным отличием от легкого депрессивного эпизода является то, что изменение аффекта сказывается на уровне социальной активности и мешает реализации личности. При наличии тревоги она отчетливо проявляется в жалобах и поведении. Часто обнаруживаются обсессивно-фобические компоненты, сенестопатии. Добавляются беспричинное чувство самоосуждения и чувство вины, повторяющиеся мысли о смерти и суициде, жалобы на снижение концентрации внимания, нерешительность, нарушения сна, изменение аппетита.

Минимальная продолжительность эпизода около двух недель.



## *Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов и с ними (F32.2-32.3)*

Присутствуют все симптомы депрессии. Моторика ажитированная или значительно заторможена. Суицидальные мысли и поведение носят постоянный характер, присутствует соматический синдром. Социальная активность подчинена только болезни и значительно снижена или вообще невозможна. Все случаи требуют госпитализации в связи с опасностью суицида.

На высоте тяжелой депрессии возникают бредовые идеи самообвинения, ипохондрические бредовые идеи о заражении неким неизлечимым заболеванием и страх заразиться этим заболеванием близких. Это свидетельствует о присоединении психотических симптомов. Пациент возлагает на себя грехи всего человечества и считает, что он их должен искупить иногда ценой вечной жизни (синдром Агасфера). Его мысли могут подтверждать слуховые, обонятельные обманы. В результате этих переживаний возникают заторможенность и ступор.

## Психическая анестезия

В тяжелых случаях депрессии может развиваться **скорбное бесчувствие** (психическая анестезия). Больные говорят что стали безразличны к своим близким, даже детям. При этом бесчувствие переносится больными тяжелее, чем депрессия и они очень страдают от нее.

## Соматические синдромы

Депрессивному эпизоду могут предшествовать нарушения сна и аппетита, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, повышение артериального давления, сухость во рту, дискомфорт в области желудка, запоры, у женщин - задержка менструации. Очень часто такое состояние расценивается как заболевание внутренних органов, на самом деле данные симптомы являются маской депрессии.

# Суицидальные намерения

Любой медицинский работник должен всегда иметь настороженность в отношении совершения пациентами в состоянии депрессии суицида. Медперсонал обязан прислушиваться к высказываниям пациентов не только в психиатрических лечебных учреждениях, но и в соматических, неврологических и прочих отделениях. Если (особенно пожилой) пациент высказывает мысль, что «нет смысла в жизни», то он должен рассматриваться, как пациент имеющий суицидальные намерения.

Многие больные в депрессивном состоянии молча обдумывают способы совершения самоубийства. Больные, несмотря на то, что находятся в депрессии, очень изобретательны и могут применить различный способ для самоубийства. Например: затолкать в рот постельное белье и накрыться с головой одеялом, накопить таблетки, украсть бинт, шнур и потом повеситься. Разбить стекло, зеркало и перерезать вены.

# Вопрос четвертый

## *Биполярное аффективное расстройство (F31)*

-ранее называлось маниакально-депрессивный психоз. При этом заболевании приступ депрессии сменяет приступ мании и наоборот. Экзогенные факторы не влияют на возникновение приступов. Приступы имеют тропность к сезонам, чаще весеннее и осеннее обострение, возможны индивидуальные ритмы. Ремиссия может быть от 6 месяцев до 3 лет, продолжительность мании от 1 месяца до 4, депрессии до 6. Выявляются суточные колебания настроения, элементы витальности, при отсутствии терапии приступы могут либо самостоятельно оборваться, либо затянутся.



## Сравнительная характеристика маниакального и депрессивного состояний

психическая функция	маниакальное состояние	депрессивное состояние
мышление	ускоренное, вплоть до «скачки идей»	замедленное, затруднено переключение с одной мысли на другую
настроение	эйфория,	от легкого снижения до тяжелой тоски
память	гипермнезия, могут вспоминать давно выученные произведения	память остается хорошей, но из-за сниженного внимания или углубления в свои переживания в тяжелых случаях депрессии создается впечатление, что больной дементен.
двигательная активность	спят мало, постоянно находятся в движении, делают множество дел, часто не оканчивая их	от замедленных движений до полной обездвиженности
соматическое состояние	жалоб не предъявляют	жалуются на «витальную тоску», боль в различных органах
физическое состояние	повышение физической активности	снижение физической активности
психотические нарушения	сверхценные идеи или бред величия	идеи самоуничтожения или ипохондрический бред

# *Лечение депрессии*

В лечении депрессии основными препаратами являются антидепрессанты различных групп. Выбор препарата зависит от тяжести депрессии. Основными задачами при лечении депрессии являются:

1. купирование симптомов депрессивного состояния;
2. восстановление психосоциального тонуса и коммуникаций- «улучшение качества социального функционирования»;
3. минимизация ухудшений и рецидивов, поддерживающего лечения;
4. профилактическое лечение.

## *Принципы лечения антидепрессантами:*

1. условия – амбулаторные, полустационарные, стационарные;
2. установка на лечение у больного и соблюдение режима приема;
3. плацебо назначения – суггестивный эффект плацебо;
4. адекватность лечения;
5. целесообразность сочетанного лечения, преодоление резистентности;
6. поддерживающее лечение;
7. профилактическое лечение.

# *Выбор антидепрессанта*

должен производиться с учетом следующих факторов:

1. предпочтительность монотерапии;
2. безопасность и переносимость, влияние побочных действий на образ жизни;
3. спектр действия препарата;
4. удобство применения и учет оптимальной дозы для пациента;
5. уверенность в целесообразности назначения;
6. стоимость препарата;
7. наличие сопутствующей симптоматики психотического уровня и суицидальной активности;
8. пол, возраст, соматическая патология, предпочтения пациента;
9. предыдущий позитивный или негативный опыт лечения пациента антидепрессантами;
10. опыт работы врача с различными антидепрессантами.

При первичном выборе препарата полезно учитывать положительный опыт лечения препаратами выбранной группы родственников пациента.

При преобладании бессонницы и ажитации рекомендуются препараты с седативным действием.

Больным пожилого возраста и с сопутствующей соматической патологией показаны антидепрессанты без антихолинэстеразного действия. У данной группы больных всегда надо начинать лечение с  $\frac{1}{2}$  дозы с последующим повышением при хорошей переносимости.



## *Препараты группы нормотимиков*

К препаратам нормотимического ряда (т.е. выравнивающих настроение) относятся препараты группы карбамазепина, вальпроевой кислоты и соли лития.

Карбомазепины и вальпроаты созданы для лечения эпилепсии. При их применении выяснилось, что они обладают свойством нормализовать настроение и с тех пор успешно применяются для лечения депрессии.

## *Бензодиазепины*

Если депрессия сопровождается выраженным чувством тревоги, то на первых этапах лечения (до начала действия антидепрессанта т.е. на 3-4 недели) больному назначают транквилизаторы противотревожного ряда (феназепам, диазепам, ксанакс, клоназепам и др.). Далее их отменяют и ведут больного на лечении антидепрессантами. Такой прием называют «бензодиазепиновым мостиком».

Медперсоналу необходимо помнить, что при длительном применении транквилизаторов к ним наступает привыкание.

# *Лечение маниакальных состояний*

Основной группой препаратов являются нормотимики и в том числе соли лития.

Литий обладает способностью купировать острое маниакальное возбуждение и предупреждать аффективные приступы, являясь стабилизатором клеточных мембран.

Побочные действия: тремор, атаксия, общая усталость, сонливость, жажда, диспепсические явления, диарея, нарушения сердечного ритма, дерматиты, нарушения функции почек, печени и др.



## *Лечение психотических расстройств при депрессии и мании*

При тяжелых депрессивных состояниях с бредовыми идеями и при маниакальных статусах с бредовыми идеями применяются нейролептики. Их свойства, побочные эффекты и осложнения описаны в лекции «Шизофрения».

# Особенности ухода и надзора

Больные с тяжелой депрессией должны находиться в стационаре в надзорной палате. Обращение с ними мягкое, тактичное.

Персоналу необходимо постоянно держать в поле зрения больных с депрессией. Необходимо изъять все, что больной может использовать для суицида.

Персонал должен следить, чтобы больной не укрывался с головой одеялом, проглатывал таблетки в присутствии медсестры, не накапливал их и не просил других больных делать это для него.

Если больной плохо ест, то медсестра должна доложить об этом врачу и по его назначению принять меры для кормления больного.

В случае если депрессивный больной не может себя обслуживать, то необходимо осуществлять уход за ним, как за тяжелым соматическим больным.

Больные с маниакальным синдромом часто не желают добровольно лечиться в клинике, поэтому их приходится принуждать.

У них отсутствует глубокое понимание своей болезни, и лечение в стационаре представляется им полнейшим абсурдом. Медицинская сестра должна суметь убедить больного в необходимости пребывания в стационаре и принятии лекарственных препаратов, при этом также следить, что бы таблетки больной проглотил, а не спрятал в ротовой полости и за тем выплюнуть.

Маниакальные больные часто бывают агрессивны, конфликтны, медицинский персонал должен помнить об этом и постараться не вступать в конфликт с такими больными.

Не готовились к побегу сами. Для этого необходимо проследить, чтобы не было веревок, острых предметов и других предметов. Ключи от дверей, шкафов с лекарствами не должны быть доступны больным.

Больные с манией очень лживы и об этом также нужно помнить, не доверять их обещаниям. Необходимо следить, чтобы они не приставали к другим больным, особенно находящимся в кататоническом ступоре, не обижали больных и не подговаривали их к побегу.

Необходимо следить, чтобы больные с манией не готовились к побегу сами. Для этого необходимо проследить, чтобы не было веревок, острых предметов и других предметов. Ключи от дверей, шкафов с лекарствами не должны быть доступны больным.

# Заключение

Таким образом аффективные расстройства включают в себя депрессивные приступы, маниакальные приступы и смешанные состояния когда мания сменяет депрессию или наоборот. Заболевание чаще наблюдается у трудоспособного населения, что влияет на экономику страны.

Депрессивные больные часто склонны к суицидальному поведению и нуждаются в особом надзоре.

Больные с манией склонны к конфликтам, антисоциальному поведению и нуждаются кроме лечения еще и в социально-педагогических мерах.

# ***Контрольные вопросы***

1. Назовите причины возникновения аффективных расстройств.
2. Насколько важен фактор наследственности при заболевании депрессивным эпизодом?
3. Чем отличается мания от мании с психотическими симптомами?
4. Дайте объяснение понятию «витальная тоска».
5. Что такое маланхолический раптус?
6. Что входит в бред самоуничужения?
7. Дайте определение понятию «светлый промежуток».
8. Назовите признаки отличающие биполярное аффективное расстройство от депрессивного эпизода.
9. назовите группы препаратов применяемых для лечения аффективных расстройств.
10. Перечислите принципы ухода за больными с депрессией.
11. Перечислите принципы ухода за больными с манией.
12. Объясните понятие «бензодиазепиновый мостик».
13. Перечислите клинические признаки депрессивного ступора.
14. Какие виды маний выделяют?
15. Как вы объясните понятие «маскированная депрессия».



# Ситуационная задача №1

Пациент О., 32 лет. по характеру общительный и активный, по специальности- работник мелкой фирмы. В последнюю неделю стал меньше спать в связи с тем, что осуществлял новый проект на работе. Считал, что дома все ему мешают, поэтому приходилось работать по ночам. Был задержан полицией ночью в связи с тем, что с большой скоростью ездил на роликовых коньках по центральной улице города, громко распевая песни. Через несколько дней вступил в конфликт с персоналом ресторана из-за того, что считал- ему неверно приготовили блюдо. Вступал в споры со всеми на работе, т.к. считал: «его идеи самые передовые».

Задание:

1. поставьте сестринский диагноз;
2. выделите проблемы больного;
3. составьте план сестринского ухода.

# Ситуационная задача №2

Пациентка С., 25 лет. Студентка университета. Однажды утром проснувшись обнаружила, что мир изменился, стал ярким и насыщенным. Много говорила, за час сделала то, что планировала целый месяц. В университете обращала на себя внимание яркой, броской одеждой, хотя ранее не пользовалась косметикой, теперь закупила ее сразу на крупную сумму, заняв деньги у подруги. Решив, что должна выйти замуж за иностранца, начала вести активную переписку по Интернету. Приглашала в кафе сразу по пять мужчин, с которыми флиртовала. На вечеринках громко пела песни, безудержно танцевала. Всем объяснялась в любви, вновь заняла крупную сумму денег. Не сдав сессию, уехала в другой город навестить подругу, с которой не виделась два года. Там пытаясь соблазнить мужа подруги, вступила с ней в драку. Состояние продолжалось две недели.

Задание:

1. поставьте сестринский диагноз;
2. выделите проблемы больного;
3. составьте план сестринского ухода.



# Ситуационная задача №3

Клинический пример: Пациент В., 32 года, по специальности стоматолог. Первый эпизод изменения настроения отмечался весной четверть года назад. Перестал ходить на работу, испытывал чувство тоски, возникали суицидальные мысли и идеи самообвинения, отказывался от еды. Взял отпуск за свой счет и через две недели вышел из состояния депрессии, на следующий год весной заметил противоположное состояние. Много и продуктивно работал, мало спал, повысилась энергия, и возникло множество планов, которые успешно реализовывал. На высоте этого состояния требовал у заведующего поликлиникой разрешить ему «ночную работу» для проведения специальных исследований, ссорился с сослуживцами, уже утром приходил на работу в нетрезвом состоянии. При амбулаторном посещении психиатра отказался от лечения и госпитализации. Маниакальный эпизод продолжался две недели и повторился ровно через год. На этот раз пациента уговорили принимать препараты лития, и состояние стабилизировалось на протяжении года. Последний — депрессивный — эпизод вновь происходит весной, но приобретает затяжной характер. Увольняется с работы, бездеятелен. Тяжело страдает от своей неполноценности. Считает, что все кончено. Жалуется на чувство «камня на груди», нехватку воздуха при вдохе, есть не хочется, «еда падает в пустоту». На этом фоне начинает употреблять алкоголь, но он только углубляет состояние тоски. Просит у приятеля дать ему ружье, «чтобы поохотиться», пытается совер-

*шить суицидальную попытку. При осмотре поза подчинения, складка Верагута, печально вздыхает, держась за грудь. Считает, что лечить его не нужно, лучше дать спокойно умереть. Рассказывает о снах, в которых видит в подземных коридорах мертвецов. Отмечает, что когда смотрит на окружающих, создается впечатление, что они уже умерли. Время течет медленно, как будто вечность. К вечеру состояние несколько улучшается.*

## **Задание:**

- 1. поставьте сестринский диагноз;**
- 2. выделите проблемы больного;**
- 3. составьте план сестринского ухода.**

# Задание на дом:

1. повторить лекционный материал;
2. изучить дополнительную литературу;
3. решить ситуационные задачи;
4. ответить на контрольные вопросы.

Дополнительные источники:

- [http://knowledge.allbest.ru/medicine/3c0a65625b2ad68a4d53b89521216c37\\_0.html](http://knowledge.allbest.ru/medicine/3c0a65625b2ad68a4d53b89521216c37_0.html)
- [http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00023192\\_0.html](http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00023192_0.html)

**До свидания!**

**Успехов учебе!**