

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Затверджено на засіданні

Центральної методичної Ради ЗДМУ

Протокол №__ від « __ » _____ 2016 р.

Навчальний посібник
Догляд за хворими та медична
маніпуляційна техніка
для самостійної аудиторної та позааудиторної підготовки
до практичних занять

для студентів1 курсу медичного факультету
зі спеціальності: «Технології медичної діагностики та лікування»

ЗАПОРІЖЖЯ
2019

Посібник «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» для студентів 1 курсу медичного факультету зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» склали:

- © Павлов С.В. – д.біол.н., доцент
- © Горбачова С.В. – д.біол.н., доцент
- © Біленький С.А. – к.мед.н., доцент
- © Бухтіярова Н.В. – к.мед.н., доцент
- © Баранова Л.В. – к.фарм.н. ст.викл
- © Левченко К.В. – к.мед.н., асистент
- © Нікітченко Ю.В. – асистент
- © Бурлака К.А. – асистент

Під загальною редакцією завідувача кафедри клінічної лабораторної діагностики д.біол.н., доцента Павлова С.В.

Рецензенти:

Баударбекова М.М. - доцент кафедри патологічної анатомії та судової медицини к.мед.н.

В.В.Вакуленко – доц. кафедри факультетської хірургії, к. мед. наук, доцент.

Запропонований посібник є джерелом необхідного навчального матеріалу для вивчення дисципліни «Догляд за хворими та маніпуляційна техніка» студентами першого курсу, медичного факультету зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування».

Зміст і об'єм посібника відповідають кількості годин, які відведені на вивчення предмету, змісту відповідних розділів робочої програми для студентів 1 курсу медичного факультету зі спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування» в умовах кредитно-модульної системи навчання.

В посібнику міститься вся необхідна інформація щодо індивідуальної, самостійної роботи студентів, а також питання для підготовки до складання змістових модулів та підсумкового модульного контролю з модулю 1.

Рецензенти:

Зміст

1. Історичні віхи становлення медичної допомоги хворій людині	4
2. Етика та деонтологія в медичній практиці	9
3. Догляд за хворими	14
4. Типи лікувально-профілактичних закладів	15
5. Режими лікарні	21
6. Санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних установ. Методи дезінфекції	24
7. Організація роботи відділень терапевтичного стаціонару	34
8. Санітарна обробка хворого	42
9. Транспортування хворих	44
10. Види режимів рухової активності пацієнта	45
11. Особиста гігієна пацієнтів	50
12. Догляд за хворими з гарячкою. Вимірювання температури	53
13. Фізіотерапія	58
14. Основні види лікарських засобів та шляхи їх введення	62
15. Лікувальне харчування	79
16. Догляд за хворими с патологією органів дихання	89
17. Догляд за хворими з патологією органів кровообігу	96
18. Догляд за хворим із патологією органів травлення	101
19. Догляд за пацієнтами з порушенням функцій нирок і сечовивідних шляхів	112
20. Інструментальні методи дослідження	118
Список літератури	133

Історичні віхи становлення медичної допомоги хворій людині.

Наприкінці XIIст., борючись проти смертельної загрози з боку німецьких лицарів, роздроблені литовські князівства об'єдналися в сильну ранньофеодалну державу. Литовські князі, використовуючи палке прагнення руського народу до визволення від золотоординського ярма, порівняно легко підкорили в 1362 р. майже всі західні руські землі. Незадовго до цього(в 1349 р.) польські феодали захопили галицькі землі, а угорські — Закарпатську Русь.З цих часів історичні шляхи Київщини, Поділля і Галичини протягом кількох століть відрізняються від історії розвитку слов'ян, що заселяли північно-східні землі, які почали згуртовуватися навколо Москви і з часом утворили могутню централізовану державу.Тривала політична відокремленість, посилення економічних зв'язків всередині північно-східних, південно-західних і західних земель стали в XIV-XVст. основною причиною утворення з єдиного давньоруського етнічного кореня трьох народів — російського, українського і білоруського.

Традиційно вважають, що середні віки —це період застою в медицині. Християнська церква канонізувала вчення Галена, теорії якого на багато століть перетворилися на догму. Середньовічні лікарі були переконані, що кров утворюється в печінці, розноситься по тілу і цілком всотується, а серце —це місце утворення "життєвої пневми", яка слугує для зігрівання тіла.Однак практичні медичні спостереження тривали й у середні віки. Саме в цей період з'явилися перші "стаціонари" — спеціальні заклади для лікування хворих і поранених, лікарі виявляли та ізолювали інфекційних хворих.

Медичні школи. Перші дипломовані лікарі.

Литовці в XIV ст. щодо культури значно поступалися перед придніпровськими слов'янами: вони не мали писемності, вироблених форм державного права, не знали багатьох ремесел, що були відомі слов'янському населенню. Заволодівши величезними західними і південними територіями Русі, що набагато перевищувала Литву за кількістю населення, литовці швидко підпали під вплив підкорених. Литовські князі приймають християнство, одружуються з руськими княжнами, руська мова і письмо стають державними. Відновлюються торгівельні й культурні зв'язки з сусідніми народами. Таким чином, поступово склалися відносно сприятливі умови для розвитку культурного життя, зокрема для розвитку медицини.

Крім церковної літератури, з'являються слов'янські перекладні книжки, в яких поряд з текстами релігійного змісту подавалися відомості з астрології, математики, творів Гіппократа, Арістотеля, Галена та коментарі до них.

Найпоширенішим був переклад праці, яка називалася «Галіново на Іпократа» — коментарі Галена до праці Гіппократа «Про природу людини» в дуже скороченому переказі. В ній подається вчення про чотири рідини, з яких складається людське тіло: кров, слиз, червону і чорну жовч. Як Всесвіт

(макрокосм) за античною теорією складається з чотирьох елементів, так і людина також побудована з чотирьох основних елементів і становить «малий Всесвіт» — мікрокосм.

Другий поширений твір більш практичного змісту «Тайная тайних або Арістотелеві врата» — псевдоарістотелева праця арабського походження, перероблена в Європі середньовічними схоластами. В творі даються вказівки, як належить лікареві обстежувати хворого, описуються деякі захворювання, подаються поради щодо харчування, житла, одягу, режиму статевого життя.

Чимало медичних відомостей знаходимо в «Проблематах», де докладніше, ніж вусіх відомих стародавніх перекладних писемних джерелах, описано будову і функції людського організму. Головний мозок, за «Проблематами», є центр всього духовного життя людини. Цікаве зауваження автора, згідно з яким слиновиділення викликає не лише вигляд і запах їжі, а й саме уявлення про неї.

Названі рукописні збірки і подібні до них були поширені в невеликій кількості, відомі вузькому колу осіб. За тих часів переписування, пергамент, а пізніше папір коштували дуже дорого, тому власниками рукописів могли бути тільки поодинокі особи. Для подання медичної допомоги феодалам запрошувались дипломовані лікарі, здебільшого іноземці.

З XV ст. почалася підготовка вчених лікарів у Польщі, в Краківському університеті. Пізніше лікарів готували в Замойській академії в м. Замості (біля Львова). Незважаючи на скромні можливості медичних факультетів Кракова і Замостя, вони відіграли певну позитивну роль в поширенні наукових медичних знань серед населення. Кількість випускників цих шкіл, особливо українців і білорусів, була невелика, вони йшли на службу до феодалів, в резиденції єпископів, осідали в більших містах, обслуговували, звичайно, заможні верстви населення.

Окремі випускники, діставши звання ліценціатів медицини в Кракові чи Замості, продовжували навчання в університетах Італії, де здобували вчений ступінь доктора медицини. З таких докторів медицини є відомості про Юрія Дрогобича, Георгія-Франциска Скорину та Пилипа Ляшковського.

В особі Г. Скорини ми маємо не лише одного з перших дипломованих докторів медицини, який дістав це звання в найвидатнішій школі тогочасної Європи, а й палкого патріота своєї батьківщини, який дбав про поширення грамоти в народі. Повернувшись на батьківщину, Скорина відкриває у Вільно (Вільнюс) друкарню, працює лікарем при віленському єпископі, пізніше — королівським садівником-ботаніком у Празі.

Серед українських вчених пізніших часів слід згадати Єпіфанія Славинецького. Закінчивши Київську братську школу, він вчився за кордоном, потім працював викладачем в Києво-Могилянській колегії, став ченцем. На запрошення царя Олексія Михайловича переїхав разом з Арсенієм Сатановським до Москви для виправлення за першоджерелами релігійних книг. Йому належить переклад слов'янською мовою (1658) скороченого підручника анатомії Андреаса Везалія під заголовком: «Врачевська анатомія с латинсь-

каот книги Андреа Вессалия Брукселенска». Переклад було зроблено, очевидно, для першої медичної школи, відкритої у Москві в 1654 р. До наших днів переклад не зберігся, очевидно, згорів під час однієї з численних пожеж дерев'яної Москви. Збереглися рахунки, які свідчать про те, що Єпіфанію було заплачено за виконаний ним переклад, йому належить також книга «Гражданство обычаев детских»—про здорове виховання дітей. Єпіфаній Славинецький разом з Арсенієм Сатановським і монахом Ісаєм переклали слов'янською мовою ще космографію, в якій пояснювалися системи Птолемея та Коперника. Єпіфаній Славинецький в Москві очолював викладання «вільних наук» в школі при Андріївському монастирі, яка була заснована і утримувалася коштом Ф. Ртищева. На прохання останнього він уклав слов'яно-грецький словник.

Шпиталі. Цехова медицина

У XV ст. зруйнований внаслідок постійних нападів золотоординців Київ втратив на деякий час провідну роль в культурному житті українських земель. Таким містом стає Львів.

Уже з 1377 р. в міських актах Львова знаходимо відомості про заснування в місті шпиталю для хворих і бідних. В податковому списку міста за 1405 р. значиться доктор медицини Бенедикт. В 1407 р. в місто проведено глиняними трубами воду, каналізаційні труби було проведено через 70 років, а воду в окремі будинки заможних осіб подано в 1614 р. Головні вулиці міста були бруковані каменем, по околицях вистелені дошками. З 1408 р. в обов'язок міського ката (tortor) входило вивезення з вулиць сміття. В 1444 р. засновано школу «для науки дітей благородних і простих». Перший запис про аптеку датовано 1445 р. Керував аптекою русин Василь. В 1447 р. в міських актах уперше згадується про запрошення для задоволення громадських потреб лікаря з платнею 10 кіп грошів (600 грошів). В 1550 р. міським лікарем працював доктор медицини з Іспанії Егрениус із зарплатою 103 злотих на рік. За тих часів у Львові було три міські шпиталі і два при монастирях. Була в місті також лазня, яку «за звичаєм та правом» було звільнено від усяких податків. Школярі та вчителі мали право раз на два тижні користуватися нею безплатно.

Жителі міста дуже терпіли від частих епідемій, особливо чуми. Одна з найбільших епідемій була в 1623 р., коли загинуло близько 20 тисяч чоловік, вулиці міста були завалені трупами. Боротьбу проти чуми очолював війт — доктор Мартин Кампіан, який з влади міста залишився один; портрет цієї мужньої людини зберігається в історичному музеї Львова.

На час переходу Львова і галицьких земель в 1773 р. під владу Австрії в місті було 25 тисяч жителів, з них лікарів 6 (2 французи, 1 італієць, 1 чех, 2 поляки). Спроби відкрити у Львові вищу медичну школу робились ще в XVII ст., але Краківський університет, побоюючись конкуренції, добився заборони відкриття такої школи. Медичний факультет у Львівському університеті було створено тільки наприкінці XIX ст.

Серед українських феодалів XVI ст. значна роль належала князям Острозьким. Вони заснували в Острозі у 1581 р. школу, де крім релігійних наук вивчали «науки визвольні» та класичні мови; окремі викладачі цієї школи були вихованцями Падуанського університету. В цій школі працював «презацний математик, філософ, астролог і *medicus excelentissimus*» Ян Латошинський, який перед цим був професором у Краківському університеті. В Острозі також функціонував великий шпиталь з річним бюджетом 4000 злотих — сума на той час значна. Докладних відомостей про нього не збереглося, але можна гадати, що лікувальною справою там керували дипломовані лікарі. В ті часи лікарська справа була цілком поза увагою і контролем державної влади.

Архівні матеріали свідчать, що лікарі складали з хворими угоди на лікування як на звичайну торговельну справу, брали аванси, часом з дуже сміливими зобов'язаннями в певний строквилікувати ту чи іншу хворобу. Плата за лікування була дуже висока, недоступна для трудового народу. Широкі маси населення взагалі обслуговували не дипломовані лікарі — *medicus literatus*, а лікувальники-ремісники, відомі у нас, як і в інших країнах, під назвою цирюльників. Лікували вони, спираючись на віковий досвід народної медицини, і їх слід вважати безпосередніми спадкоємцями давніх знахарів. У більших містах, виконуючи за приписом докторів медицини різні лікувальні рукодійні заходи, маючи взагалі близькі ділові стосунки з дипломованими лікарями, цирюльники поповнювали свої знання. Таке поєднання досвіду побутової медицини з даними науки сприяло деякою мірою збільшенню обсягу медичних знань цирюльників. Окремі з них досягли великої майстерності в лікуванні ран, здійсненні ампутацій, операцій витину каменів, виривання зубів і особливо в дуже поширеному засобі лікування — кровопусканні.

Ремісники середньовічних міст з економічних і правових причин об'єднувалися в цехи. Документальні відомості про ремісників-лікувальників, або цирюльників, знаходимо в архівах з кінця XIV ст., коли по містах України заведено було обмежене самоврядування, відоме в нашій історії під назвою магдебурзького права. В XV ст. Київському магістратові були підпорядковані 16 ремісничих цехів різних спеціальностей, між ними був і цех цирюльників. Цехи цирюльників протягом багатьох століть були своєрідною і єдиною школою медичних кадрів для широких народних мас.

За тих часів кожен дипломований лікар звичайно мав коло себе кількох учнів, які допомагали йому в роботі, вчилися виконувати дрібні лікувальні маніпуляції та набували навичок догляду за хворими. З часом вони працювали по містечках і більших селах самостійно. Кількість таких учнів була невелика. Працювати по містах, де були цехи цирюльників, вони не мали права під загрозою штрафів.

Опікувально-лікувальні заклади

В історії медицини на Україні не можна обминути братств — організації українського міщанства, які в XV-XVIII ст. мали велике значення в житті народу, в його боротьбі проти національного гноблення і спроб окатоличення. Братства існували здавна. Вони займалися різноманітною релігійно-благодійницькою і освітньою діяльністю, допомагали збіднілим та хворим членам своєї парафії, тощо. В описі Павла Алеппського, який з антіохійським патріархом подорожував через Україну до Москви в 1654 р., читаємо: «Знай, що по всій землі козацькій, в кожному місті, в кожному селі для їхніх убогих, немічних та сиріт збудовано по краю чи в середині населеного місця будинки, в яких вони мають притулок». Братські притулки вже в XVI ст. дістають назву шпиталів (від лат. *hospitalis* — гостинний).

Одним із самих значних на Україні було Львівське братство. Найдавніші писемні згадки про нього відомі з 1439 р. Найбільшого впливу братство набуває в другій половині XVI ст. Воно має свою друкарню, обладнання якої спочатку складалося з викупленої із застави друкарні першодрукаря Івана Федорова, який втік з Москви від переслідувань царя Івана IV (Грозного). Зі школи братства виходять перші викладачі «вільних наук» для Києва, Луцька, Вільна, Слуцька та ін. При Онуфріївському монастирі братство влаштовує в 1522 р. шпиталь, для якого пізніше дістає матеріальну допомогу від царя Федора Іоановича. В передмістях Львова при українських церквах було відкрито ще чотири невеличкі шпиталі.

Братські шпиталі, школи утримувалися коштом парафіян. У містах великі ремісничі цехи утримували свої шпиталі. Менші цехи об'єднувалися і мали один шпиталь. В деяких містах шпиталі утримувалися на митні кошти, що їх брали за користування міськими вагами, за переїзд через мости, переправу поромом. Крім шпиталів, які утримувалися на громадські кошти, були на Україні шпиталі, існування яких забезпечувалося заповітами заможних осіб, котрі відписували для цього села, млини і навіть шинки.

Про кількість шпиталів на Україні в XVII та XVIII ст. можна скласти уявлення з відомостей ревізьких книг Лівобережної України архіву Малоросійської колегії. За цими книгами, в 1732 р. в Чернігівському полку було 118 шпиталів, Лубенському — 107, Миргородському — 29, Ніжинському — 138, Полтавському — 42, Переяславському — 52.

Усі ці шпиталі мали опікувальну мету. Лікувальні заклади виникли пізніше. Медичну допомогу хворим, за винятком безпритульних, надавали вдома, це було цілком приватною справою.

Інфекційні хвороби та боротьба за ними

Уже в перших літописах маємо деякі відомості про епідемічні захворювання. Найнищівнішими були епідемії чуми, віспи, тифів. Найстрашнішою епідемією чуми була пандемія в середині XIV ст., коли під назвою «чорна смерть» вона обійшла всі відомі в ті часи країни, знищивши чверть усього людства.

Літописець подає такий опис перебігу легеневої і бубонної чуми: «Бо-лесть же бе сице: прежде яко рогатиною ударит за лопатку или под грудь, или меж крыл и тако заболевания начнет человек кровию харкати и огонь зажжет и потом пот, таже дрож и полежав один день или два и тако умираху, железаже... овому на шее, а иному под скулою, а иному под пазухою, другом за лопаткою, прочим же на стегнах». Уже в ті часи було відомо, що хвороба передається через речі хворих, через дотик. «Видяще друг друга скоро умирающе и сами на себя тоже ожидающе,— говориться в Никонівському літописі,— имения своя даяху убогим и нищим, и никто же не взимаше; аще бо кто что у кого возмет,— в тот час неизцелено умираху».

Нищівні епідемії виникали і в наступні роки. Причину епідемій вбачали в карі божій за гріхи. По містах, щоб умилювати бога, будували протягом одного дня всією громадою церкву. Лише в XVI ст. в літописах згадуються такі заходи, що вживалися при «моровому повітрі» (так називали в давні часи пошесні хвороби), як ізоляція вулиць, де вперше з'явилося захворювання (Псков), організація застав, поховання померлих поза населеним пунктом (Новгород).

Етика та деонтологія в медичній практиці, поняття про догляд за хворими.

Під **етикою** розуміють науку про суть, закони виникнення, розвиток і функції моралі, про відносини між людьми і обов'язки, які випливають з цих відносин. Вперше термін «етика» застосував Арістотель, який розумів її як філософію моральної поведінки людей.

Медична етика вийшла з надр загальної етики і її слід розглядати як специфічний прояв загальної етики.

Медична етика — це вчення про роль моральних засад в діяльності медичних працівників, про їх високогуманне ставлення до людини як необхідну умову успішного лікування хворого.

Основні етичні норми, які формувалися в процесі надання медичної допомоги хворим, були узагальнені й сформовані вченими-лікарями різних епох, коли спеціальності медсестри ще не було.

Так, в древньоіндійській книзі «Аюрведа» («Книга життя» — V-VI ст. до н.е.) знаходимо досить чіткий портрет лікаря: «Він повинен мати чисте, співчутливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, вирізнятися великою поміркованістю і порядністю, постійним прагненням робити добро». Перші наукові узагальнення народного досвіду лікування і правил поведінки лікаря біля ліжка хворого знаходимо в працях Гіппократа (V-VI ст. до н.е.) та інших вчених Стародавніх Греції і Риму. В «Клятві Гіппократа» чітко сформульовано професійний обов'язок лікаря: «Чесно і добросовісно служити хворій людині, в своїх діях утримуватись від нанесення будь-якої шкоди і несправедливості».

За пропозицією голландського лікаря Ніколаса ван Пульпа (XVII ст.), емблемою медиків стала палаюча свічка. Внутрішній зміст цього символу висловлений у девізі: «Згораю, щоб світити».

Як і в Стародавній Греції, лікарі Середньовіччя приносили клятву на вірність своїй професії. Визначний представник середньовічної медицини арабський філософ і лікар Авіценна (IX-X ст.) у своїй праці «Канон лікарської науки» пише про те, що лікар має володіти очима сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева».

Представники медичної науки XVIII-XIX ст. теж внесли свій вклад у розвиток етичних ідей, і серед них значне місце належить Д. С. Самойловичу. За його словами, «лікарі повинні бути милосердними, співчутливими, послужливими, повинні любити свого ближнього, як самогосебе».

М. Я. Мудров давав високу етичну оцінку праці жінок, які відігравали важливу роль у виходжуванні важкохворих і створенні сприятливої обстановки в лікарнях.

Основний принцип моралі медичного працівника — це гуманізм. Медичному працівникові мають бути притаманні чуйність, увага до хворого, намагання виправдати його довір'я. Медичний працівник повинен не лише сумлінно виконувати свої обов'язки щодо хворого, але й боротися за фізичну досконалість і психічне здоров'я людей, проводити профілактичну і санітарно-просвітню роботу, зберігати лікарську таємницю, надавати медичну допомогу хворому незалежно від його національної та расової належності, політичних і релігійних переконань тощо.

Науку про професійний обов'язок медичних працівників щодо хворих і здорових людей називають деонтологією.

Деонтологія — це вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого. Основою деонтології є адміністративно-регламентуючі форми (накази, інструкції) норм поведінки медпрацівників, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу. Суть деонтології можна викласти такими словами: «До хворого треба ставитись так, як ти хотів би, щоб ставились до тебе».

Після закінчення вищих медичних навчальних закладів молоді лікарі дають клятву Гіппократа. Клятва вимагає від лікаря бути завжди готовим надати медичну допомогу хворому. В медичних училищах випускники дають Урочисту обіцянку, яка певною мірою відображає зміст присяги лікаря.

Медичний працівник має усвідомлювати свою відповідальність за життя хворого, однак це почуття не повинне переходити в сентиментальність, яка стане на заваді зібраності, активності в боротьбі за здоров'я, а нерідко й життя хворого.

Однією з основних рис характеру медичного працівника має бути чесність. Ні в якому разі не можна приховувати допущені помилки. М.І. Пирогов говорив з цього приводу: «Необхідно мати мужність обнародувати свої помилки, щоб застерегти від них інших працівників».

Медичні працівники повинні сумлінно виконувати свої обов'язки. Вони зобов'язані бути завжди зібраними, спокійнимита врівноваженими, не допускати нервозності і метушні в роботі. Важливим обов'язком медичного працівника є збереження професійної таємниці, якщо вона не зачіпає інтересів суспільства або хворого. Ще Гіппократ говорив: «Оточи хворого любов'ю і розумною утіхою, а головне — залиши його в незнанні того, що на нього чекає і особливо — що йому загрожує». Медичні працівники не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків. Увага і делікатність з боку медичних працівників до хворих не повинні виходити за межі розумного.

Для формування особистості медика важливе значення має рівень загального культурного розвитку, знайомство з літературою, мистецтвом, уміння організувати своє самовиховання. Соціально-психологічною основою ефективного етико-деонтологічного виховання є такі моральні риси, як співпереживання та милосердя. Вони мають стати внутрішньою духовною потребою, моральним кредо людини, яка їх виражає повсякденними вчинками та діями.

Психологічний клімат в медичному колективі — це не просто сума особистих якостей його співробітників. Він утворюється внаслідок взаємин між членами колективу. Джерелом складних взаємин в деяких медичних колективах часто є відсутність в колективі творчої роботи по спрямуванню зусиль його членів на виконання основного завдання — боротьби за здоров'я хворого.

Для того щоб створити умови для дотримання правил деонтології, побудови найсприятливіших взаємин з хворими, лікарі і середні медичні працівники повинні чітко уявляти весь комплекс переживань хворого, пов'язаних з хворобою. Звичайно, крім власне переживань, тобто емоційних порушень, у кожного хворого є також певні уявлення про хворобу, різні думки, судження і висновки, пов'язані з нею. Крім того, хворому притаманні й такі психологічні процеси, як боротьба мотивів, прийняття рішення, прагнення до певної мети, тобто явища, що відносяться до вольової сфери.

Внутрішня картина хвороби — це сукупність не лише емоційних порушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби.

Спрощено структуру внутрішньої картини хвороби можна представити таким чином. Основним і первинним компонентом цієї структури є емоційна реакція хворого на факт захворювання. З часом ці емоційні порушення ускладнюються за рахунок недостатності інформації, а також взаємовпливів пацієнтів. Виникають стани страху, тривоги, депресії. Мислення хворого базується не на логічних закономірностях, а на емоційній значимості тих чи інших фактів. Проблеми хвороби займають в ньому непропорційно велике місце, відтісняючи інші проблеми (робота, сім'я, суспільна діяльність). Деякі положення і висновки набувають значення надцінних ідей, які важко підда-

ються корекції. У людей зі слабкою волею захворювання може призвести до стану пасивності, депресії. У людей з сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на боротьбу з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей.

Концепція хвороби — це теорія, яка розглядає всі аспекти захворювання: причини, механізми розвитку, клінічні прояви та їх значення для хворого, прогноз, можливість і ефективність лікування. Зауважимо, що концепція хвороби, створена лікарем, опирається на дані всебічних клінічних досліджень і багатий досвід медицини, тоді як концепція хворого являє собою спотворене розуміння захворювання. Починаючи лікування хворого, медичний персонал повинен з'ясувати, в чому полягає концепція хвороби пацієнта і поступово коригувати її, щоб хворий дійшов правильного розуміння свого захворювання і своїх перспектив.

Адекватне ставлення до свого захворювання (здоров'я) — це визнання пацієнтом факту захворювання (рівня здоров'я) із врахуванням медичного висновку, співпраця пацієнта з лікарем і медичною сестрою.

Сірійський лікар Абуль Фарадж, який жив у XIII ст., звертаючись до хворого, говорив: «Нас троє — ти, хвороба і я. Якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє і я залишусь один — ви мене переможете. Якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба буде одна — ми її переможемо».

Завдання медичного персоналу полягає в тому, щоб створити у хворого розумне ставлення до хвороби, яке забезпечить найкраще дотримання лікувального режиму і проведення лікування в цілому.

Хворий і медичний персонал повинні підтримувати постійний контакт. Для цього визначають мету лікування і його перспективи. Щоб поставити перед хворим певну мету, слід враховувати його особистісні якості і стан волевих процесів. Необхідно всю поведінку хворого підкорити досягненню конкретної мети лікування. Певну роль тут можуть відіграти хворі, які одужують.

Другим психологічним моментом є підтримання надії на успіх лікування. Емоційне обнадіювання має поєднуватись з поясненням хворому основних типів перебігу захворювання. Це застереже хворого від розчарувань у лікуванні при можливому погіршенні його стану. Пацієнт знатиме, що деяке загострення захворювання закономірне, передбачене лікарем і що воно не стане на перешкоді сприятливого перебігу хвороби.

Наведемо варіанти неадекватного ставлення пацієнта до захворювання або стану свого здоров'я: 1) негативне — ігнорування факту хвороби, впливу факторів ризику, стану передхвороби; 2) зверхне — недооцінка важкості хвороби, факторів ризику, передхвороби; 3) поринання в хворобу, передхворобу; 4) іпохондричне ставлення — безпідставний страх за здоров'я і життя (при неврозах); 5) утилітарне — одержання певної вигоди від хвороби, матеріальної чи моральної.

Негативний вплив на психіку, емоції і поведінку хворого може справляти лікарняна обстановка, особливо якщо в лікувальному закладі порушуються гігієнічний та лікувально-охоронний режими, не дотримуються норми медичної етики й естетики. За таких умов можливе погіршення не лише психічного й емоційного, але й фізичного стану хворого, загострення його хвороби. Негативний вплив лікарняної обстановки на здоров'я пацієнта, особливо за умов неправильної організації його утримання, визначає поняття «госпіталізм».

Зростання санітарної культури населення вносить ще один аспект у взаємини хворого та медичного персоналу. Пацієнт з різних джерел може отримати відомості про свою хворобу, що нерідко дезінформує його, стає причиною сумнівів щодо правильності лікування. Часто таке «медичне» мислення у пацієнтів спостерігається вже в ході обстеження, при ранніх проявах хвороби, коли хворий стурбований змінами самопочуття і стає схильним до помилкових трактувань свого стану» Цьому сприяють побоювання, з якими людина йде на прийом до лікаря, елементи недовіри до можливостей медицини, а іноді й страху. Такі згубні самовпливи хворого у зв'язку з хворобою або певним станом здоров'я називають егогеніями.

Під час госпіталізації хворих слід враховувати проблему сумісності пацієнтів. Егротогенія — це взаємний вплив пацієнтів, який може бути позитивним або негативним. До хворих з відхиленнями в поведінці має бути особливе ставлення не лише з боку медичного персоналу, а й пацієнтів.

Порушити психологічний спокій хворого може також ятрогенія — патологічний стан, зумовлений необережними висловлюваннями чи діями медичних працівників. Відповідаючи на запитання хворих про ті чи інші прояви хвороби, медична сестра повинна продумати, чи не спричиняться її відповіді до марних переживань хворого, чи не призведуть вони до фобії, тобто страху захворіти на ту чи іншу хворобу (наприклад, канцерофобії — страху захворіти на рак, кардіофобії — страху мати захворювання серця, тощо). Не можна зловживати в присутності хворого професійними, особливо жаргонними термінами і висловами, які можуть травмувати психіку хворого (неврастенік, істерик, ревматик, артерії твердуваті, склерозовані, аорта дуже ущільнена та ін.).

Документи, які відображають результати лабораторних та інструментальних досліджень, повинні бути недоступними для хворого. Їх не потрібно обговорювати з хворим, оскільки не виключено, що лікар вже інформував хворого про них, а інтерпретація цих даних медичною сестрою може бути дещо іншою — це породить сумніви і недовіру до лікаря і може стати причиною фобій — непереконаних нав'язливих страхів.

Однією з форм ятрогенії є так звана німа ятрогенія — вона виникає як наслідок бездіяльності або неуваги персоналу до хворого, нероз'яснення йому діагнозу (тоді він отримує спотворену інформацію з інших джерел).

Значимість медичної етики та деонтології в сучасний період особливо посилюється під впливом науково-технічної революції з процесами диферен-

ціації та інтеграції, розвитком нових галузей медичних знань, бурхливим насиченням медицини апаратурою, складною технікою для діагно-стики та лікування. В зв'язку з цим, все більш складними й опосередкованими стають зв'язки між лікарем і хворим. Створюються, на жаль, об'єктивні можливості для знецінювання індивідуального підходу до хворого.

Попри все, при позитивному значенні науково-технічного прогресу головне все-таки не сила, а розум і серце. На це звертає увагу й Всесвітня організація охорони здоров'я, вказуючи, що сенсом існування медицини була й продовжує залишатися хвора людина.

Лікар повинен завжди пам'ятати, що технічні досягнення та спеціалізація не повинні заступати й применшувати особистість хворого. Медицина була й завжди буде медициною особистості.

Праця лікаря, як специфічне суспільне явище, має свої особливості. Насамперед вона передбачає процес взаємодії людей. Об'єктом праці лікаря, як і педагога, є людина, знаярдяма праці та її результатом - також людина.

Потрібно не тільки дотримуватись таких етичних категорій, як обов'язок, совість, справедливість, любов, але й розуміти людей, мати знання в галузі психології. Без цього не може бути й мови про ефективність деонтологічного впливу на хворого.

На щастя, серед лікарів є справжні психологи, що стали ними, головним чином, інтуїтивно, завдяки своїм особистим морально-етичним якостям і великому досвіду спілкування з хворими. Проте, це не означає, що для спілкування з хворими достатньо володіти тільки інтуїцією чи досвідом. Крім них, лікарю потрібна ще й спеціальна підготовка.

Відомо, що професія лікаря є творчою. Фахівець не може догматично користуватись визначеними постулатами й розпорядженнями, без огляду на характер розвитку захворювання, психологічні, інші чинники та причини.

Перед лікарем в кожному конкретному випадку виникають завдання, що потребують для вирішення самостійного мислення й уміння передбачати наслідки своїх дій.

Одні й ті ж самі прийоми деонтологічного впливу, ефективні при використанні одним лікарем, можуть бути цілком неприйнятними або малоприйнятними для іншого. В цьому й полягає один із найважливіших психологічних аспектів лікарської діяльності. На справжню творчу працю спроможний не кожен. Тому при виборі професії лікаря дуже важливою є фахова орієнтація.

Варто пам'ятати, що спілкування — найважливіший елемент процесу лікування та психологічного впливу на хворого. Шкода, що деякі лікарі та медичні сестри цього недооцінюють, про що свідчать скарги хворих на медичний персонал, а також різноманітні етичні проблеми, що часто виникають через відсутність необхідних психологічних знань і практики спілкування з хворим.

Догляд за хворими—це процес, що складається з комплексу заходів, які забезпечують всебічне обслуговування хворого, створення належних

гігієнічних умов, що сприяють неускладненому перебігу хвороби, прискоренню одужання, полегшенню страждань та запобіганню ускладненням і своєчасному виявленню їх, а також виконання лікарських призначень.

Загальний догляд — це комплекс заходів, яких потребують будь-які хворі незалежно від характеру їх захворювання (патології), віку, статі, тощо.

Його обсяг залежить від стану хворого, за якого лікар може призначити строгий ліжковий режим (не дозволяється сидіти), ліжковий (можна рухатися в ліжку), напівліжковий (можна ходити по приміщенню) і загальний режим (коли рухова активність хворого не обмежується).

Основні заходи загального догляду за хворими:

а) гігієнічне утримання приміщення, ліжка та меблів, самого хворого, його одягу, посуду, предметів туалету тощо;

б) чітке виконання всіх призначень лікаря.

в) спостереження за перебігом хвороби, станом хворого та інформування лікаря про зміни в його стані;

г) годування хворого.

Дії медичного персоналу, пов'язані зі специфікою власне захворювання чи травми та їх лікуванням, складають спеціальний догляд.

Типи лікувально-профілактичних закладів.

Медико-санітарну допомогу населенню надають *на трьох рівнях*: первинному, вторинному (спеціалізована) і третинному (висококваліфіковано-вана).

Первинна медико-санітарна допомога — основна ланка в організації охорони здоров'я людини. Вона передбачає консультацію лікаря, діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм; профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання спеціалізованої і висококваліфікованої допомоги.

Основні представники первинної медико-санітарної допомоги населенню — *сімейні лікарі*, разом із сімейною медичною сестрою високої кваліфікації.

Основні розділи роботи медичної сестри сімейного лікаря:

1. *Профілактична робота.* Спостерігаючи за всіма членами родини, медична сестра під керівництвом лікаря:

а) визначає фактори ризику хронічних захворювань,

б) проводить профілактичні обстеження на предмет раннього виявлення артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, глаукоми, ішемічної хвороби серця, виразкової хвороби, новоутворень. Дає індивідуальні поради стосовно режиму та характеру харчування, занять фізичною культурою та іншими видами відпочинку.

2. *Лікувально-діагностична робота:*

а) готує хворих до проведення найрізноманітніших діагностичних обстежень

б) виконує лабораторні та клінічні дослідження

в) допомагає сімейному лікареві в проведенні діагностичних обстежень.

3. Санітарно-освітня робота. Проводить бесіди стосовно дотримання своїми підлеглими здорового способу життя, шкідливого впливу на організм куріння, зловживання алкогольними напоями, про охорону довкілля, турботу кожного пацієнта про власне здоров'я.

В обов'язки медичної сестри сімейного входить наступне:

1. Виконує лікувальні та діагностичні призначення лікаря в поліклініці та вдома.

2. Проводить профілактичні заходи серед населення.

3. Бере участь в амбулаторному прийомі хворих.

4. Готує інструменти, медичні картки амбулаторних хворих, бланки.

5. Слідкує за результатами лабораторних та інших досліджень.

6. Регулює прийом хворих залежно від черговості та стану хворого.

7. Вимірює хворим артеріальний тиск.

8. Проводить термометрію та інші медичні маніпуляції.

9. Заповнює статистичні талони, бланки направлень на лікувально-діагностичні дослідження, рецепти, посильні листи, виписки з медичних карт.

10. Видає талон для повторних відвідувань.

11. Заповнює диспансерну карту (форма № 30) на вперше виявлених хворих.

12. Веде картотеку диспансерних хворих та викликає їх у поліклініку відповідно до термінів спостереження, вивчає умови життя та побуту цих пацієнтів.

13. Проводить профілактичні щеплення.

В хірургічних відділеннях поліклініки медичній сестрі відводиться особлива роль:

1. Виконує перев'язки.

2. Виписує направлення, довідки, листки тимчасової непрацездатності.

3. Веде журнали госпіталізації і профілактичних щеплень.

4. Готує стерильний стіл з інструментами для операції та перев'язок.

5. Проводить профілактику правця.

6. Бере участь у різних інструментальних дослідженнях, які проводить лікар.

7. Складає відомість про діяльність хірургічного кабінету.

8. За відсутності спеціально виділеної операційної сестри виконує обов'язки операційної сестри.

III. Сестра отоларингологічного кабінету:

— проводить дослідження слуху;

- бере мазки із зівва, носа, зовнішнього слухового проходу;
- закапує краплі у вуха та порожнину носа;
- вводить у зовнішній слуховий прохід турунди з лікарськими засобами;
- продуває вуха;
- проводить масаж барабанних перетинок за допомогою пневматичної лійки;
- видаляє сірчані пробки із зовнішніх слухових проходів;
- промиває ямочки мигдаликів.

IV. Медична сестра офтальмологічного кабінету:

- перевіряє гостроту зору;
- допомагає підбирати окуляри;
- вимірює внутрішньоочний тиск;
- перевіряє кольоровідчуття та поля зору;
- за допомогою лікарських засобів розширює зіниці;
- бере участь у складних апаратних дослідженнях хворих;
- видаляє сторонні тіла;
- надає невідкладну допомогу при опіках і травмах очей;
- бере участь у ранньому виявленні диспансерних хворих і активному спостереженні за ними.

V. Медична сестра урологічного кабінету:

- проводить катетеризацію сечового міхура;
- проводить промивання сечового міхура антисептичними розчинами;
- готує стерильний матеріал, інструменти та прилади для спеціальних досліджень;
- допомагає лікарю під час інструментальних досліджень сечовивідних шляхів.

Спеціалізовані поліклінічні відділення диспансерів надають первинну медичну допомогу пацієнтам з відповідними групами захворювань (туберкульоз, шкірно-венеричні, онкологічні захворювання та ін.).

Первинну медико-санітарну допомогу робітникам і службовцям промислових підприємств надає мережа медичних закладів, розміщених на території самих підприємств або поблизу них. До цих закладів належать фельдшерські здоровпункти (з кількістю робітників понад 1000), лікарські здоровпункти (з кількістю робітників понад 1000), медико-санітарні частини (з кількістю робітників понад 2000 і більше).

Завдання здоровпунктів — надання першої медичної допомоги при нещасних випадках, травмах, раптових захворюваннях, а також проведення профілактичної роботи. В разі потреби здоровпункт організовує направлення потерпілого в поліклініку чи стаціонар.

Первинну медико-санітарну допомогу жінкам в містах надають жіночі консультації або гінекологічні кабінети.

В сільській місцевості цей вид допомоги надається в сільських лікарських амбулаторіях, гінекологічних кабінетах або в жіночих консультаціях центральних районних лікарень.

Жіноча консультація— це лікувально-профілактичний заклад диспансерного типу. Основними завданнями жіночої консультації є:

- проведення профілактичних заходів, спрямованих на запобігання ускладненням вагітності, пологів, гінекологічних захворювань;
- формування в жінок здорового способу життя;
- надання лікувальної допомоги жінкам під час вагітності і пологів, гінекологічним хворим;
- проведення роботи з метою профілактики абортів (застосування засобів контрацепції), своєчасного звернення вагітних у жіночу консультацію (до 3 міс. вагітності);
- зниження материнської смертності й перинатальної смертності;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- вивчення умов праці й побуту жінок;
- надання соціально-правової допомоги жінкам відповідно до діючого законодавства.

Жіноча консультація працює згідно з дільнично-територіальним принципом.

Основні функції дільничної акушерки:

- виконання всіх призначень лікаря в жіночій консультації і вдома;
- допологовий і післяпологовий патронаж вагітних з метою вивчення соціальних умов, житла і побуту вагітних, дотримання правил особистої гігієни і здорового способу життя, рекомендації щодо застосування протизаплідних засобів;
- складання точних списків жінок у віці понад 15 років, що проживають на дільниці;
- санітарно-освітня робота;
- ведення необхідної медичної документації.

Первинна медико-санітарна допомога включає службу швидкої медичної допомоги. Служба швидкої медичної допомоги працює цілодобово і надає невідкладну допомогу в разі нещасних випадків, травм, отруєнь, раптових захворювань та загрозливих для життя станів. Бригади швидкої медичної допомоги бувають загальнолінійні та спеціалізовані (кардіологічна, психіатрична, акушерська, педіатрична, бригади інтенсивної терапії).

Вторинна медична допомога

Рівень вторинної медичної допомоги більш складний, він включає допомогу спеціалізованих служб. Вторинну медичну допомогу в містах забезпечують багатопрофільні міські лікарні та стаціонари медико-санітарних частин, а в сільській місцевості — центральні районні лікарні. Крім того, вторинну медичну допомогу надають спеціалізовані лікувальні заклади стаціонарного типу — диспансери (протитуберкульозні, психоневрологічні, онкологічні, шкірно-венеричні, наркологічні).

Стаціонар

Основні напрямки роботи палатної медичної сестри такі:

I. Створення сприятливих умов для хворих. Ці умови для стаціонарних хворих визначаються в основному матеріально-технічною базою лікарні. Однак від палатної сестри багато в чому залежить, якими будуть ці умови. Зокрема, вона може запропонувати раціональне використання палат, розміщення лікарняного інструментарію та меблів, передбачити створення затишку у відділеннях, безумовно, з дотриманням необхідних санітарно-гігієнічних вимог.

II. Догляд та спостереження за хворими:

- створення і підтримання належного санітарно-гігієнічного середовища в палаті;
- догляд за тяжкохворими і надання їм необхідної допомоги
- при зміні положення тіла, протирання шкіри камфорним спиртом для запобігання пролежням, проведення систематичних підмивань, вологих обтирань тіла, чищення зубів, полоскання рота, підстригання нігтів, миття рук, годування;
- вимірювання температури тіла вранці й ввечері та занесення показників температури до температурного листка;
- підрахунок частоти серцевих скорочень та частоти дихання за 1 хв.;
- вимірювання діурезу;
- збирання матеріалів для аналізів, згідно з призначеннями лікаря, та доставка їх в лабораторію;
- доручення результатів аналізів до історії хвороби;
- складання порційних вимог;
- контроль за отриманням хворими призначеної дієти;
- підготовка до відвідання ними діагностичних та лікувальних кабінетів;
- прийняття хворих на лікування;
- перевірка проведеної в приймальному відділенні санітарної обробки хворих;
- ознайомлення пацієнтів з правилами внутрішнього розпорядку і особистої гігієни;
- ретельне виконання призначень лікаря.

Особливості роботи операційної медичної сестри:

— готує до кожної операції перев'язувальний матеріал та хірургічні інструменти, лікарські засоби, білизну і забезпечує стерильність усіх матеріалів, інструментів, розчинів, якими користуються під час операції;

— вживає заходи щодо систематичного бактеріологічного контролю за приміщенням операційних і їх повітрям, не допускає порушення антисептики;

— своєчасно одержує перев'язувальний матеріал, інструменти, лікарські засоби;

— веде облік всього операційного обладнання в операційній;

— своєчасно здає в ремонт інструменти та апарати;

— бере участь у хірургічних операціях (подає інструменти та);

— перевіряє підготовку хворого до наркозу та операції;

— супроводжує хворого в післяопераційну палату і передає його черговій палатній сестрі;

— виконує перев'язки під наглядом лікаря;

— підготовляє хворих до накладання гіпсових пов'язок.

Медична сестра-анестезист має також певну специфіку своїх професійних обов'язків:

— готує до роботи наркозну та дихальну апаратуру, слідкує за її роботою;

— готує системи і засоби для інфузійної та трансфузійної терапії, а також засоби для наркозу;

— допомагає лікарю-анестезіологу;

— спостерігає і доглядає за післяопераційними хворими, які знаходяться в палаті інтенсивної терапії.

Професійні обов'язки медичної сестри фізіотерапевтичного кабінету:

— проводить під керівництвом лікаря-фізіотерапевта лікувальні процедури із використанням спеціальної апаратури;

— слідкує за станом хворого під час проведення процедури;

— надає першу допомогу при появі реакцій на фізіотерапевтичне лікування;

— слідкує за станом апаратури, вимірювальних приладів.

Медична сестра з дієтхарчування:

— складає меню лікувального харчування на підставі лікарських призначень;

— обчислює калорійність страв;

— слідкує на кухні за кулінарною обробкою їжі;

— контролює санітарний стан кухні, їдальні для хворих;

— слідкує за роздачею їжі в палатах;

— здійснює контроль за дотриманням правил гігієни персоналом кухні і буфету.

Третинна медична допомога

Включає висококваліфіковане обслуговування, яке повинне надаватися в спеціально обладнаних центрах та спеціалізованих лікарнях: обласні медичні заклади — багатопрофільні та спеціалізовані лікарні, диспансери, центри медичної допомоги державного рівня. Основні функції цих закладів — надання пацієнтам висококваліфікованої і вузькоспеціалізованої медичної допомоги та організаційно-медичне керівництво закладами вторинного рівня медичної допомоги. На базі закладів третинного рівня розгорнуті клініки медичних вищих навчальних закладів.

У складі багатопрофільної обласної лікарні є санітарна авіація — єдине для регіону відділення медичної консультативної допомоги жителям міст та сільських районів в екстрених випадках. Таку допомогу надають кращі фахівці обласних лікарень, диспансерів, клінік.

Обласна лікарня повинна мати також організаційно-методичне відділення, до складу якого входить кабінет медичної статистики. Відділення здійснює організаційно-методичне керівництво вторинним рівнем, а також інформаційну роботу (збір, оброблення, зберігання медичної інформації та її аналіз).

Диспансери третинного рівня за спеціалізацією поділяються на протитуберкульозні, онкологічні, психоневрологічні, наркологічні, шкірно-венеричні, фізкультурні.

Диспансер містить поліклініку і стаціонар. Основні завдання диспансерів:

- виявлення хворих на ранніх стадіях захворювань;
- обстеження і лікування виявлених хворих;
- активне динамічне спостереження та профілактика захворювань;
- проведення оздоровчих заходів;
- вивчення захворюваності, причин і умов виникнення захворювань;
- організаційно-методична та санітарно-освітня робота;
- розробка заходів для оздоровлення умов праці й побуту.

Поліклінічні заклади третинної медико-санітарної ланки надають консультативну допомогу. В стаціонарах обласних лікарень та диспансерів глибока спеціалізація відділень (судинна хірургія, торакальне та ін.).

Режими лікарні.

Лікувально-охоронний режим— це система лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітися в умовах лікарні, оберігають психіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню. Основою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня, який забезпечує фізичний і психічний спокій хворого. Розпорядок дня неза-

лежно від профілю лікувального відділення складається з таких елементів: підйом, вимірювання температури тіла, виконання призначень лікаря, лікарський обхід, лікувально-діагностичні процедури, прийняття їжі, відпочинок, прогулянки, прибирання та провітрювання приміщень, денний та нічний сон, належний санітарний стан у відділенні.

Розпорядок дня у терапевтичному відділенні обов'язки медичної сестри

Години	Заходи розпорядку дня	Обов'язки медичної сестри
7.00	Підйом	Вмикає світло в палатах
7.05– 7.30	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури; результати термометрії записує у температурний листок.
7.30– 8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає важкохворим провести гігієнічні процедури (догляд за шкірою, обробляє ротову порожнину, очі, ніс, підмиває, розчісує; перестеляє ліжко), відправляє біологічний матеріал (сечу, кал, харкотиння) в лабораторію
8.00– 8.30	Прийом ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийманням
8.30– 9.00	Сніданок	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
9.00– 10.00	Лікарський обхід	Бере участь в обході, записує призначення лікаря
10.00– 13.00	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції, зондування; готує хворих до обстеження, супроводжує їх у діагностичні кабінети, до лікарів-консультантів; доглядає за важкохворими.
13.00– 13.30	Приймання ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийманням
13.30– 14.30	Обід	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
14.30– 16.30	Денний відпочинок, сон	Стежить за порядком у відділенні, за станом важкохворих

16.30– 17.00	Термометрія	Роздає термометри і стежить за правильністю вимірювання температури; результати термометрії записує у температурний листок
17.00– 19.00	Відвідування хворих родичами	Стежить за порядком у відділенні, контролює вміст передач з продуктами
19.00– 19.30	Приймання ліків	Роздає ліки і стежить за їх прийомом
19.30– 20.00	Вечеря	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
20.00– 21.30	Виконання призначень	Виконує лікарські призначення: робить ін'єкції; ставить клізми, гірчичники, компреси; готує хворих до рентгенівського та ендоскопічного дослідження; доглядає за важкохворими.
21.30– 22.00	Вечірній туалет	Підмиває важкохворих, перестеляє ліжко, обробляє ротову порожнину, проводять туалет носа, вух; провітрює палати
22.00– 7.00	Сон	Вимикає світло в палатах, укриває хворих, стежить за порядком у палатах. Щогодини робить обхід у відділенні

З метою успішного лікування хворих, догляду за ними запобігання можливим шкідливим впливам на хворого, для профілактики внутрішньолікарняної інфекції в лікарні необхідно суворо дотримуватися **лікарняного режиму**, який включає проведення лікувально-охоронних та санітарно-протиепідемічних заходів (лікувально-охоронний та санітарно-протиепідемічний режим). Крім загального лікувального режиму існує декілька видів **індивідуальних режимів**, регламентованих загальним станом хворого.

Сюди входить **стаціонарний режим**, який має декілька різно-видів, а саме: суворий постільний режим призначається хворим на важку хворобу (гострий інфаркт міокарда, шлунково-кишкова кровотеча тощо), коли навіть незначні рухи хворого можуть привести навіть до смертельного наслідку; напівпостільний режим призначається хворим із захворюванням середньої важкості (стенокардія, серцева недостатність), цим хворим дозволяється сидіти в ліжку, ходити в санвузол. Індивідуальний режим призначають виснаженим хворим, що повільно одужують після важких захворювань, їм може приписувати додаткові прогулянки на свіжому повітрі, додаткове харчування, фізіотерапію.

Санітарно-протиепідемічний режим – це комплекс організаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньолікарняної інфекції. Санітарно-гігієнічний режим включає вимоги до санітарного стану території, на якій розміщена лікарня, внутрішнього обладнання лікарні, освітлення, опалення, вентиляції та санітарного стану приміщень лікарні. Основними елементами комплексу заходів, які спрямовані на забезпечення санітарно-гігієнічного режиму в лікарні, є проведення дезінфекції, суворе дотримання вимог асептики, антисептики та стерилізація.

Санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних установ. Методи дезінфекції.

Асептика – це комплекс заходів, спрямованих на попередження попадання збудників інфекції в рану або організм людини (К. Гостіщев, 2001).

Антисептика – комплекс заходів, спрямованих на боротьбу з інфекцією в організмі людини, а також на попередження або ліквідацію інфекційного запального процесу (К. Гостіщев, 2000).

Існує ендогенна та екзогенна інфекції.

Джерелом **екзогенної інфекції** є хворі з інфекційно-запальними захворюваннями, бацілоносії і тварини.

Основні шляхи передачі екзогенної інфекції: повітряно-краплинний; контактний; імплантаційний.

Мікроорганізми проникають в рану із зовнішнього середовища різними шляхами:

- повітряним – з навколишнього повітря, в якому знаходяться;
- контактним – при зіткненні з раною інфікованих предметів: інструментів, перев'язувального матеріалу, операційної білизни, а також проникнення епідермальної флори пацієнта, при неправильній підготовці шкірних покривів операційного поля перед операцією;
- імплантаційним – інфікування при залишенні в рані на тривалий час або постійно тих чи інших предметів, інфікованих при виконанні операції або внаслідок порушення правил їх стерилізації та зберігання (шовного матеріалу, синтетичних протезів, кісткових фіксаторів).

Для попередження контактної інфікування необхідно, щоб усе, що стикається з раною, було стерильним (операційна білизна, перев'язувальний та шовний матеріал, рукавички, інструменти, імплантаційні засоби). Це досягається спеціальною обробкою всього вищепереліченого, а також рук хірурга та операційного поля.

Джерелом **ендогенної інфекції** є гострі та хронічні запальні процеси в організмі (інфекційно-запальні захворювання шкіри і підшкірної клітковини, карієс, хронічний тонзиліт, гострий апендицит, гострий холецистит, а також

мікрофлора ротової порожнини, кишечника, дихальних і сечовидільних шляхів).

Основні шляхи передачі ендогенної інфекції: контактний, гематогенний, лімфогенний.

Деконтамінація – це процес видалення або знищення мікроорганізмів з метою знешкодження та захисту, що включає в себе очищення, дезінфекцію та стерилізацію.

Очищення – це процес, в результаті якого сторонні тіла (органічні матеріали, мікроорганізми і т.д.) видаляються з поверхні об'єкта механічним (ручна очистка), фізичним (ультразвукове очищення) і хімічним (очищення детергентами, миючими порошками) способами.

Дезінфекція – процес, що зменшує кількість патогенних мікроорганізмів (крім бактеріальних спор), які знаходяться на живому організмі, шкірі, медичній апаратурі, перев'язному матеріалі, хірургічних інструментах і т.д. Дезінфекція високого рівня проводиться для знищення мікобактерій туберкульозу, вегетативних форм бактерій, грибів і більшості вірусів (включаючи віруси гепатиту і імунодефіциту людини). Застосовується для предметів, що контактують зі слизовими оболонками людини (фіброгастроскоп, бронхоскопи, фіброколоноскоп і т.д.). В якості дезінфікуючих засобів використовують:

- механічні (фільтрація води, повітря, механічне миття предметів із застосуванням деззасобів);
- фізичні (висока температура, кип'ятіння, сухе гаряче повітря, водяна насичена пара, ультрафіолетове випромінювання);
- хімічні (застосування спеціальних дезінфікуючих засобів).

Стерилізація – процес знищення всіх відомих мікроорганізмів, включаючи бактеріальні спори. Види стерилізації:

- фізична (сухе гаряче повітря, пар, радіація, ультразвук);
- хімічна (газовий і рідинний).

Якщо є можливість використовувати фізичну стерилізацію або одноразове обладнання, хімічна стерилізація не застосовується.

Протиепідемічні заходи у вогнищі проводяться в 3 напрямках:

I. Відносно джерела інфекції (хворого людини або носія):

1. Раннє виявлення хворого (активне або під час звернення за медичною допомогою)
2. Рання діагностика (лабораторна);
3. Повідомлення про інфікованого хворого в санітарно-епідеміологічну станцію (екстрене повідомлення ф. 58, по телефону);
4. Своєчасна госпіталізація (протягом 3 годин в місті й 6 годин в сільській місцевості);
5. Санітарна обробка при надходженні в лікарню;
6. Постановка остаточного діагнозу й проведення специфічного лікування;

7. Дотримання санітарно-протиепідемічного режиму в стаціонарі для інфекційних хворих;
8. Дотримання правил і термінів виписки реконвалесцентів;
9. Диспансерне спостереження .
10. Санітарно-просвітня робота серед населення.

II. Відносно осіб, які контактували із джерелом інфекції:

1. Раннє виявлення контактних осіб (у родині, на роботі, дитячих установах);
2. Встановлення медичного спостереження (карантин, обсервація);
3. Бактеріологічне, серологічне, біохімічне дослідження з метою виявлення носія або ранньої діагностики;
4. Санітарна обробка при деяких захворюваннях;
5. Специфічна профілактика (вакцинація, серопротекція, введення гамма-глобуліну, прийом бактеріофагу);
6. Санітарно-просвітня робота.

III. Відносно зовнішнього середовища (дезінфекція).

Деинфекції: власне дезінфекція; дезінсекція; дератизація

Власне дезінфекція – це знищення безпосередньо збудників на об'єктах довкілля. Методи (засоби) власне дезінфекції: фізичні, хімічні, комбіновані, або змішані (включають застосування заходів фізичного та хімічного методів).

Дезінсекція – це знищення комах, які є облігатними, факультативними та пасивними переносниками збудників. Методи (заходи) дезінсекції: фізичний (в тому числі механічний), хімічний та бактеріологічний.

Дератизація – це знищення гризунів, які є активними та пасивними переносниками збудників інфекційних хвороб. Методи (заходи) дератизації: фізичний (в тому числі механічний), хімічний та біологічний.

Фізичні методи власне дезінфекції:

- **термічні:** кип'ятіння, спалювання, обпалювання, прожарювання, висушування, пастеризація, прасування, тощо – використовується відносно предметів догляду за хворими, посуду, натільної та постільної білизни;
- **механічні:** миття, застосування пилососу, вологе прибирання, прання, фільтрація, протирання, провітрювання, вентиляція та кондиціонування – використовується відносно приміщень відділення;
- **променеві та хвильові:** застосування ультрафіолетового опромінювання, ультразвуку та радіоактивних випромінювань – використовується відносно знезаражування повітря у палатах, процедурних кабінетах.

Хімічний метод власне дезінфекції.

Він передбачає застосування різноманітних хімічних речовин (дезречовин), найчастіше у вигляді розчинів (дезрозчинів) – використовується відносно приміщень, посуду, предметів догляду за хворими.

Основні групи хімічних дезінфікуючих речовин: галогени хлоровмісні (хлорамін-В, сульфохлорантин, хлорантоїн, хлоргексидин та ін.); йодовмісні препарати; спирти (етанол, пропанол, метанол та ін.); ароматичні вуглеводні (фенол, лізол, крезол); окисники (перманганат калію, перекис водню); кислоти (оцтова, цитринова, хлористоводнева та ін.); луки (гідрокарбонат натрію, їдкий калій, їдкий натрій); альдегіди (формальдегід, формалін); барвники (діамантовий зелений, метиленовий синій та ін.); солі важких металів (сулема, коларгол, коллоїдне срібло, тощо); детергенти та четвертинні амонієві сполуки.

Вимоги до дезінфікуючих засобів:

- мати високу активність відносно різних груп збудників, діяти мікробостатично та мікробоцидно;
- не мати токсичного впливу на людину, не викликати подразнень та алергічних реакцій;
- не псувати поверхні та об'єкти, які знезаражуються;
- не забарвлювати предмети, що обробляються;
- бути економічно вигідними (дешевими) та доступними;
- не мати вогнебезпечних властивостей;
- бути зручними в транспортуванні, зберіганні, приготуванні та застосуванні.

Методи контролю якості дезінфекції:

- візуальний (наявність бруду)
- хімічний (аналіз активності дезрозчинів та деззасобів: проба Вільсона, йодно-крохмальна, тощо)
- мікробіологічний (бактеріологічний) – посів матеріалу на виявлення мікрофлори.

АНТИСЕПТИЧНІ І ДЕЗІНФІКУЮЧІ ЗАСОБИ

Збудники захворювань (бактерії, віруси, патогенні гриби, найпростіші, тощо) завжди були і залишаються об'єктами найпильнішої уваги медичних працівників як одна з основних причин захворювань сучасної людини, порушення його здоров'я, працездатності, економічних витрат окремого індивідуума і всього суспільства в цілому.

Засоби, що діють на збудників захворювань, поділяються на 3 великі групи: хіміотерапевтичні, антисептичні та дезінфікуючі.

Хіміотерапевтичні засоби використовуються для впливу на збудників захворювань, що в організмі людини або тварин, тобто в ендосоматичних біотопах. До цієї групи відносяться протимікробні (антибіотики, сульфаніламідни та ін.), противірусні, противомікозні, протипаразитарні та протибластоциди.

Антисептичні (anti – проти, sepsis – гниття) засоби використовуються для впливу на збудників захворювань, що в епісоматичних біотопах, тобто на поверхневих покриттях (шкірі, слизових, в стоматологічній практиці – на слизовій оболонці порожнини рота, тканинах зуба і парадонта), для промивання ран і порожнин. Необхідно відзначити, що деякі лікарські засоби, які приймаються per os, створюють високі концентрації в кишечнику або сечовивідних шляхах і використовуються саме для впливу на збудників захворювань з вказаною локалізацією, в даний час також відносять до антисептиків («кишкові антисептики», «уроантисептики»). Більше того, такі класичні хіміотерапевтичні засоби, як антибіотики, противікозні та інші при їх місцевому застосуванні (у вигляді розчинів, мазей, кремів) також розглядаються як антисептики.

Дезінфікуючи (de – усунення, infectio – зараження) – це засоби, що використовуються поза організмом: для обробки виділень хворих, предметів догляду за хворими, інструментів і т.д. Якщо хіміотерапевтичні та антисептичні засоби є засобами індивідуальної терапії, то дезінфектанти використовуються як для профілактики захворювання окремого пацієнта, так і для профілактики поширення інфекції на рівні популяції.

Слід мати на увазі, що ряд лікарських речовин (хлорамін, хлоргексидин, формальдегід та ін.) використовується і як дезінфектанти, і як антисептики (нерідко в різних концентраціях і різних лікарських формах). Це речовини так званого подвійного (бінарного) призначення.

Вимоги до дезінфікуючих засобів:

- повинні володіти широким спектром дії.
- мати мікробоцидний ефект.
- добре розчинятися у воді або утворювати з нею або повітрям стійкі активні суспензії, емульсії, аерозолі, тумани.
- зберігати активність у середовищі, яке незаражується.
- не пошкоджувати знезаражуються об'єкти, які знезаражуються.
- володіти низькою токсичністю і алергогенністю.

Вимоги до антисептичних засобів:

- Бажано мати засоби широкого спектру дії (для обробки рук хірурга, операційного поля) і вузького спектру дії для терапевтичної антисептики (після встановлення виду збудника і його чутливості).

- Часто достатньо мікробостатичної дії, так як слідом за припиненням зростання збудників вступають в дію чинники імунної системи. Але необхідні і мікробоцидні засоби (для обробки рук хірурга, операційного поля, а також для застосування у хворих з імунодефіцитом).

- В ідеалі препарати повинні добре розчинятися в ліпідах і погано у воді (хороша розчинність в ліпідах сприяє накопиченню антисептика в місці нанесення, а хороша розчинність у воді ускладнює створення протимікробної концентрації на достатній час).

- Вихідна форма антисептика, по можливості, повинна мати форму порошку (зручність зберігання, точність дозування, можливість приготування будь-яких лікарських форм).
- Не повинні забарвлювати шкіру пацієнта, бруднити білизну, одяг, мати неприємний запах; бути стійкими до світла, температури, зберігати активність в присутності біоорганічних субстратів, при стерилізації і зберіганні. Препарати, що використовуються в стоматологічній практиці, повинні мати відповідні органолептичні властивості.
- Не мати токсичності та алергогенності.

КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ДЕЗІНФЕКТАНТІВ ТА АНТИСЕПТИКІВ

Галогеновмісні препарати

Хлорамін Б – порошок, розчинний у воді, містить до 29 % активного хлору. Препарат широкого спектру дії (ШСД), проте в останні роки до нього реєструються стійкі штами деяких мікроорганізмів. В основному використовується для дезінфекції предметів догляду і виділень, хворих при кишкових і повітряно-крапельних інфекціях в 1-3% розчинах, при туберкульозі – у 5% розчині. Як антисептик використовується рідко (у зв'язку з подразнюючою дією): для промивання ран – 2% , а для обробки рук – 0,25-0,5 % розчини.

Пантоцид – білий порошок, що містить близько 50% активного хлору. Випускається в таблетках для знезараження води в похідних умовах (2 таблетки на 0,5 л води).

Хлоргексидину біглюконат (гібітан) – надає мікробіцидну або мікробостатичну дію на бактерії (більшою мірою на Грам+, ніж на Грам–), дерматофіти, кандиди. В зв'язку з деякою дією на збудників захворювань, що передаються статевим шляхом (гонококи, трепонема, трихомонади), може використовуватися для індивідуальної профілактики венеричних захворювань. Широко використовується як антисептик для обробки рук та операційного поля (0,5 % водно-спиртовий розчин), для промивання ран (0,05 % водний розчин), а також як терапевтичний антисептик в хірургії, урології, офтальмології та інших областях медицини.

Йоду розчин спиртовий 5 і 10% (йодна настоянка) – неорганічний препарат йоду, готується на 95 % етиловому спирті. Володіє універсальним спектром мікробіцидної дії відносно Грам+ і Грам– бактерій, вірусів, грибів, найпростіших. Застосовується для профілактики інфікування пошкодженої шкіри. Може викликати токсичне і алергічне пошкодження шкіри.

Йодоформ – органічний препарат йоду, не розчиняється у воді, малорозчинний в етанолі, розчинний в ефірі. При контакті з тканинами та мікроорганізмами вивільняє вільний йод. Застосовується як антисептичний засіб у 10% мазі, присипці для лікування інфікованих ран, виразок, в стоматології – у складі пасти з тимолом – для пломбування каналів зубів. Можливі подразнення тканин, дерматит, алергічні реакції.

Йодинол – препарат з групи йодофори (комплексних препаратів йоду з поверхнево-активними речовинами або з розчинними у воді полімерами). Протимікробна активність йодофори пов'язана з присутністю в цих комплексах іонізованого, а не молекулярного йоду. Іонізований йод не робить загальнотоксичної дії, але зберігає антисептичну, яка посилюється поверхнево-активними речовинами. Йодинол, зокрема, в якості поверхнево-активної речовини містить полівініловий спирт. Застосовується у вигляді 0,1% водного розчину для гігієнічної антисептики рук, профілактики інфікування ран, опікових поверхонь, а також при лікуванні хворих з хронічним тонзилітом, хронічним періодонтитом і т.д.

Йодопірон – суміш комплексу полівінілпіролідон йоду з калію йодидом. Жовто-коричневий аморфний порошок, розчинний у воді (повільно). Використовується у вигляді 0,1%, 0,5% і 1% розчинів як бактерицидний засіб для обробки рук хірурга і операційного поля, а також для лікування гнійних ран. Для обробки рук хірурга застосовують 0,1% розчин, для обробки операційного поля і лікування гнійних ран – 0,5% і 1% розчини. Порошок йодопірону містить 6-8% активного йоду. 1% розчин (за активним йодом) готують в аптечних умовах; 0,1% і 0,5% розчини отримують з 1% розчину безпосередньо перед вживанням. Порошок йодопірону випускається у флаконах темного скла по 150 гр. Зберігання: список Б. – в сухому, захищеному від світла місці. 1% розчин зберігають у флаконах або банках темного скла не більше 2 місяців.

Окислювачі

Перекис водню випускається у вигляді трьох препаратів: розчин перекису водню концентрований (пергідроль) містить до 31% перекису водню, використовується для приготування «робочих» розчинів; розчин перекису водню 3% і гідроперит – комплексний препарат перекису водню та сечовини (в таблетках).

Перекис водню володіє майже універсальною протимікробною дією, добре переноситься шкірою та слизовими оболонками, не накопичується в організмі, не надає токсичної і алергічної дії, проявляє такі додаткові ефекти, як механічне очищення місця аплікації, дезодорація, стимуляція кровопостачання і регенерації тканин. Разом з тим швидко розкладається на світлі, при взаємодії з металами, органічними речовинами, лугами. Застосовується для дезінфекції, передстерилізаційного очищення інструментів, для профілактичної та терапевтичної антисептики при ангінах, стоматитах. З метою приготування 3% розчину для полоскання порожнини рота, глотки, промивання ран можна використовувати таблетки гідропериту.

Калію перманганат, як і перекис водню, має універсальний спектр мікробоцидної дії, але бруднить білизну, перев'язувальний матеріал і в даний час застосовується порівняно рідко у вигляді водних розчинів для полоскання рота і глотки (0,01-0,1%), промивання ран (0,1-0,5%), змащення виразкових і опікових поверхонь (2-5%). До цих пір використовується антикандидозна дія препарату. Як сильний окислювач іноді використовується для проми-

вання шлунку при отруєнні морфіном (для перетворення морфіну в неактивний оксиморфін).

Кислоти

Кислота саліцилова проявляє бактерицидну і фунгіцидну дію у поєднанні з протизапальною, кератолітичною і подразнюючою. Застосовується у вигляді 2-5% присипок, 1-10 % мазей, 0,1-1% спиртового розчину при шкірних захворюваннях мікозної і мікозно-бактеріальної природи. У зв'язку з кератолітичною й антисептичною дією входить (в якості основного компонента) до складу мозольної рідини і мозольного пластиру. У деяких хворих спостерігається індивідуальна непереносимість саліцилової кислоти, що виявляється роздратуванням тканин і розвитком алергічних реакцій.

Кислота ундециленова володіє фунгіцидною і фунгістатичною активністю, може застосовуватися самостійно або в складі препаратів цинкундан, ундецин, мікосептін та інших при епідермофітії, дріжджових мікозах, а також для профілактики мікозів стоп.

Кислота борна надає мікробоцидну дію на бактерій (включаючи си́ньюгнійну паличку) і фунгіцидну дію. Використовується в розчинах при кон'юнктивітах, отитах, дерматитах, попрілостях. Слід мати на увазі, що кислота борна добре проникає через шкіру і слизові (особливо у дітей), повільно виводиться і може викликати нудоту, блювоту, пронос, головний біль, судоми і навіть шок. Тому не застосовується у дітей, вагітних і годуючих жінок і все рідше у інших категорій хворих.

Луги

Аміаку розчин (нашатирний спирт) містить близько 10% вільного аміаку. Антисептичну дію, пов'язану зі зміною рН в лужну сторону і з хорошими миючими властивостями, використовують для механічної антисептики (при митті рук). У зв'язку з різкою подразнюючою дією може використовуватися для порушення дихального центру при непритомності .

Спирти

Спирт етиловий (етанол) у високих концентраціях (95% і 70%) надає мікробоцидну і мікробостатичну дію на Грам+ та Грам– бактерії і деякі види грибів. Широко використовується як самостійно, так і в якості розчинника інших антисептичних засобів. За рахунок дратівної дії застосовується для обтирання та компресів. Останнім часом спирт як самостійний антисептик заборонено використовувати в медицині. Його слід використовувати лише в поєднанні з антисептиками інших груп.

Спирт пропіловий – безбарвна рідина з характерним алкогольним запахом, добре змішується з водою. Спектр протимікробної дії аналогічний етанолу, але дія проявляється при більш низьких концентраціях (починається з 13%, досягаючи максимуму при 50-60%). Широко застосовується самостійно і в різних комбінаціях для профілактичної антисептики рук та шкіри в медицині та побуті.

Спирт ізопропіловий в 60-70% концентраціях застосовується в тих же цілях , що і попередній засіб.

Альдегіди

Формальдегіду розчин (формалін) надає мікробоцидну і мікробостатичну дію на бактерії, гриби, віруси, найпростіших. Має дезінфікуючу, антисептичну і дезодоруючу дію, зменшує пітливість (тобто є антиперспірантом).

Феноли

Фенол (кислота карболова) надає мікробоцидну і мікробостатичну дію на всі види Грам+ і Грам– бактерій, гриби, віруси і найпростіших. Володіє дратівливою дією і дією припікання, всмоктується через слизові і пошкоджену шкіру і надає загальнотоксичну дію. Як дезінфектант використовується в 3-5% розчинах. Як антисептик використовується і сам фенол, але особливо широко – його препарати, такі, як ваготіл, триклозан та ін.

Ваготіл надає мікробоцидну і трихомонацидну дію, має припікаючу і судинозвужувальну дію, стимулює епітелізацію. У нерозведеному вигляді застосовується для припікань ерозій шийки матки, у водному розчині – для спринцювань. Для прискорення епітелізації використовується також при виразках, опіках.

Триклозан – органічне похідне фенолу, добре переноситься шкірою, слизовими оболонками, не токсичний, не алергенний. Володіє широким спектром мікробоцидної і мікробостатичної дії. Використовується в якості дезодоранту, а також для хірургічної (0,2-0,5% спиртові розчини) і терапевтичної (до 5%) антисептики.

Барвники

Метиленовий синій має бактерицидну дію на Грам+ бактерії і іноді застосовується в якості антисептика при піодермії, а також для промивання сечового міхура при циститах. Основне застосування знаходить як антидот при гострому отруєнні ціанідами (переводить гемоглобін в метгемоглобін, який, зв'язуючись з ціанідами, переводить їх у неактивний ціанметгемоглобін).

Діамантовий зелений надає мікробоцидну дію на Грам+ та Грам– бактерії, дерматофіти, кандиду. Застосовується в 1-2% водних і спиртових розчинах для профілактики інфікування дрібних травм шкіри, а також при легких гнійно-запальних захворюваннях шкіри.

Етаклідин (риванол) має бактерицидну дію на стрептококи, проте багато штамів стафілококів резистентні. Як правило, Грам– збудники не чутливі. Використовується в дерматології у складі мазей, паст, присипок.

Солі важких металів

Цинку окис надає антисептичну, в'язучу і підсушує. Ця речовина нерозчинна у воді і етанолі, застосовується самостійно і в комбінації з іншими антисептиками у вигляді 10-25% присипок, мазей, паст, лініментів при різних шкірних захворюваннях.

Цинку сульфат надає антисептичну і в'язучу дію, легко розчинний у воді, використовується у вигляді очних крапель при кон'юнктивітах, розчинів для промивань при уретритах і вагінітах.

Срібла нітрат , як і всі препарати срібла , має мікробоїдний тип дії та ШСД , включаючи Гр + і Гр- бактерій і хламідій , має в'язку і прижигаючим ефектом . Застосовується в 1-2% розчинах для профілактики бленореї і хламідіозна кон'юнктивіту у новонароджених , при трахоме , гострому кон'юнктивіті ; в 2-10 % розчинах – для припікання ран і виразок з надлишковими грануляціями , при гіперпластичних риніті і ларингіті .

Срібла протеїнат (протаргол) має антисептичну , протизапальну і в'язким дією. Застосовуються водні розчини в офтальмологічній , оториноларингологічній і урологічній практиці .

Детергенти

Детергенти , або катіонні мила , володіють миючим і антисептичну дію (detergeo – прати , чистити) .

Церігель має в якості діючого початку цетилпіридиній хлорид , катіонна четвертинного – амонієве , поверхнево -активна речовина . Використовується як антисептик для обробки рук медичного персоналу .

Роккал в якості діючої речовини має бензалконіум хлорид , активний відносно Гр + і Гр- бактерій , кандиди ; в комбінації з етиловим спиртом діє і на віруси. Використовувався як антисептик для обробки рук хірурга , операційного поля , використовується при лікуванні хворих з шкірними захворюваннями. Входить до складу очних крапель , дезодорантів та косметичних препаратів. Бензалконіум володіє також сперміцидним ефектом і є чинним початком контрацептивного препарату « фарматекс » .

Мірамістин – новий антисептик з класу детергентів , активний щодо Гр + і Гр- мікрофлори , ряду внутрішньоклітинних патогенів , у тому числі хламідій , вірусів (простого герпесу , грипу , ВІЛ) , деяких грибів . Підвищує функціональну активність імунних клітин , прискорює загоєння ран. Широко використовується в 0,01 % розчині в різних областях медицини. Так , наприклад , в хірургічній практиці , серветки , змочені зазначеним розчином , накладаються на рани і обпечені поверхні ; для екстреної профілактики захворювань , що передаються статевим шляхом , розчин вводиться інтрауретрально . У стоматологічній практиці розчин мірамістину широко використовується для полоскань при стоматитах і періодонтітах , а також для обробки знімних зубних протезів .

Багатокомпонентні засоби

Виркон – багатокомпонентний сучасний дезінфектант , що включає органічні кислоти , каталізатори , окислювачі , сурфактант . Кожен з компонентів забезпечує послідовне дію , що веде до руйнування оболонки мікроорганізмів , до руйнування нуклеїнових кислот. Спектр дії надзвичайно широкий і включає більше 240 штамів бактерій , патогенні гриби , віруси (в тому числі гепатиту і вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ -інфекція)) . Абсолютно безпечний для людини і навколишнього середовища (так як піддається біологічному розкладанню) .

У проведенні профілактичної дезінфекції значне місце належить вологому прибиранню приміщень із застосуванням різних дезінфікуючих речовин.

Чинні накази МОЗ України та постанови Кабінету Міністрів України, які забезпечують санітарно-протиепідемічний режим в лікувальних установах:

- наказ МОЗ України від 11.08.2014 року № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я»;
- ДУ «Запорізький ОЛЦ ДСЕСУ» від 17.11.2015 року № 03.03. – 32/2535 «Методичні рекомендації щодо організації поточних та генеральних прибирань у ЛПЗ Запорізької області (Зі змінами та доповненнями)»;
- наказ МОЗ України від 30.04.2014 року № 293 «Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я»;
- наказ МОЗ України від 21.09.2010 року № 798 «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна обробка рук медичного персоналу»;
- наказ МОЗ України від 04.04.2012 року № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами».

Організація роботи відділень терапевтичного стаціонару.

Терапевтичний стаціонар – лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання медичної допомоги хворим з внутрішніми хворобами, які потребують тривалого лікування, догляду, проведення складних діагностичних процедур.

У терапевтичному стаціонарі виділяють основні відділення:

- приймальне
- загальнотерапевтичне (кардіологічне, гастроентерологічне, пульмонологічне тощо)
- діагностичне
- фізіотерапевтичне
- допоміжні підрозділи (адміністративно-господарська частина, харчоблок тощо).

Структурні підрозділи терапевтичного відділення.

До основних структурних підрозділів терапевтичного відділення належать: палати (загальні та для важкохворих), пост медичної сестри, процедурний кабінет (маніпуляція), кабінет завідуючого відділенням, ординаторська, кабінет старшої медичної сестри, кабінет сестри-господарки, сестринська, їдальня (буфет), ванна кімната та душова, туалетні кімнати (санвузли), клізменна, коридор та холи.

Палати у терапевтичному відділенні поділяють на загальні та палати для важкохворих.

Загальні палати звичайно розраховані на 2 місця (20%) і 4 місця (60%), де лікують хворих, що можуть самі себе обслуговувати, та хворих, тіло яких не має неприємного запаху.

Палати для важкохворих зазвичай розраховані на 1–2 місця (20%), з окремим санвузлом. Існує два різновиди цих палат:

– **палати інтенсивної терапії**, де розміщені хворі з важкими, гострими порушеннями органів дихання та кровообігу, але які не потребують суто реанімаційних засобів лікування (напад серцевої або бронхіальної астми, напад стенокардії, аритмії, гіпертонічний криз); ці палати мають сучасну лікувальну та діагностичну апаратуру, що забезпечує постійний контроль за життєвими функціями організму;

– **палати для важкохворих** з хронічними та дуже важкими захворюваннями, які потребують не стільки інтенсивного лікування, скільки постійного догляду (онкологічні важкохворі, хворі старечого віку, хворі на параліч тощо).

Загальна характеристика палат терапевтичного відділення згідно сучасних гігієнічних норм: кількість ліжок від 60 до 120; з них 60% палат на 4 ліжка, 20% – на 2 ліжка, 20% – на 1 ліжко. На одного хворого має бути не менше 7 м², відстань між ліжками повинна бути не менше 1м, висота палат – 3–3,5 м, тобто на одного хворого має припадати 22–25 м³ повітря; співвідношення площі вікон до пологи має складати 1:6, температура повітря – 18–22⁰С. Стіни та радіатори слід фарбувати світлою олійною фарбою, а підлога вкрита лінолеумом, щоб їх можна було добре помити.

Вентиляція палат здійснюється за рахунок провітрювання, але ліпшим засобом вентиляції є кондиціонування повітря. Освітлення палат у вечірні години здійснюється за допомогою матових освітлювачів, бажано, щоб біля кожного ліжка на тумбочці був індивідуальний освітлювач.

Обладнання палат:

– металеві або дерев'яні ліжка з пружинною сіткою, кожне ліжко має бути оснащено матрацом, подушкою, простирадлом, ковдрою з підковдрою та рушником; на ніжках ліжка має бути коліщата з гумовими шинами. На спинці ліжка прикріплюють дощечку, в яку вставляють листок, де вказано прізвище, ім'я та по батькові хворого, № дієтичного стола, даті зміни білизни, особливі помітки; у хворих, прикутих до ліжка, під ліжко ставлять індивідуальне судно та сечоприймач;

– приліжкова тумбочка з туалетними речами (зубна щітка, паста, мило, гребінець, одеколон), папір, олівці, книжки тощо; у важкохворих на тумбочці мають стояти поїльник, склянка з розчином для полоскання рота;

– загальний стіл, на який ставлять графин з кип'яченою водою;

– біля кожного ліжка має бути вмонтовані кнопка сигналізації, підведений кисень;

– кімнатний термометр.

Пост медичної сестри—робоче місце палатної медичної сестри, розрахований на обслуговування 25–30 хворих, і розміщується біля палат, щоб усі хворі перебували під постійним наглядом медичної сестри.

Обладнання та устаткування поста медичної сестри:

1. Стіл з висувними шухлядами, що обов'язково замикаються, для збереження історій хвороби, листків лікарських призначень, різних бланків;
2. Спеціальні медичні шафи з пластикового матеріалу для збереження:
 - а) медикаментів; окремо зберігаються препарати групи «А» (отруйні) та групи «Б» (сильнодіючі), препарати для внутрішнього приймання та для ін'єкцій;
 - б) медичного інструментарію (пінцетів, корнцангів, ножиць, скальпелів);
 - в) медичних термометрів;
 - г) предметів догляду за хворими;
 - д) дезінфікуючих розчинів;
 - е) перев'язочного матеріалу.
3. Столик, де знаходиться бікс зі стерильним матеріалом (ватою, бинтами), банка з дезінфікуючим розчином (фурациліном), з опущеним у нього корнцангом.
4. Столик з біксом, де знаходяться стерильні шприци.
5. Столик для роздавання ліків з відділеннями для кожного хворого.
6. Холодильник, де зберігаються різні настоянки, відвари, сироватки, вакцини.
7. Пульт світлової сигналізації.
8. Телефон.
9. Засоби аварійного освітлення.
10. Раковина для миття рук, мило, чистий рушник.

Процедурні кабінети:

- для підшкірних та внутрішньом'язових ін'єкцій;
- для внутрішньовенних ін'єкцій, переливань крові, взяття крові з вени для досліджень (маніпуляційний кабінет);
- для проведення спеціальних лікувальних та діагностичних процедур плевральної пункції, парацентезу;
- кабінет для промивання шлунку, застосування клізм.

Обладнання процедурного кабінету:

- шафа для зберігання інструментарію та медикаментів;
- бікси зі стерильними шприцами, голками, системами для переливання крові та рідин;
- набори стерильних інструментів для проведення парацентезу, плевральної пункції;
- штативи для крапельних введень лікарських препаратів;
- штативи для чистих пробірок, що використовуються для забору крові;
- набори для визначення групи крові;

-холодильники для зберігання крові, стерильних розчинів для внутрішньовенних ін'єкцій, сироваток, вакцин;

-бактерицидна лампа;

-декілька кушеток;

-електровідсос.

Стіни процедурних кабінетів повинні бути обкладені кахлем, підлога – кахлем або лінолеумом. Площа процедурного кабінету — не менше 15 м².

Санітарно-протиепідемічний режим терапевтичного відділення.

Санітарний стан терапевтичного відділення передбачає наступне: кожному хворому окреме ліжко, застелене чистою білизною; чиста натільна білизна; тумбочка біля ліжка; при необхідності – окремо поїльник, підкладне судно або сечоприймач; певне обладнання палати; освітлення палати (вдень – сонячне проміння, у вечері – люмінесцентні лампи або електричні лампи з матовим плафоном); вентиляція приміщення (не менше 3–4 разів на добу шляхом провітрювання або застосування кондиціонера); опалення (оптимальна температура влітку 22–24°C, узимку – 20–21°C, застосування центрального опалення).

Санітарно-гігієнічний режим палати. Необхідне забезпечення нормальних умов перебування хворих у палатах. Палати лікувального відділення мають бути просторими, світлими. Для окремих тяжкохворих виділяють окремі палати. Стіни покривають олійною фарбою світлих тонів, підлогу – лінолеумом. На одне ліжко має виділятися в палаті 6,5–7,5 м² площі, висота палати має бути не менш 3,5 м. Вікна повинні бути великих розмірів і виходити на південь або південний схід, щоб якомога більше світла проникало в палату. Крім загального освітлення, мають бути індивідуальні настільні лампи і чергове нічне освітлення. Температура повітря повинна бути 18–20°C і забезпечуватись паровим або водяним опаленням. Вентиляція прийнята приточно-витяжна, краще за допомогою кондиціонерів. Доповняють вентиляцію шляхом провітрювання через фрамуги і квартирки вікон. Ліжка хворих мають бути металеві або дерев'яні з гладенькою поверхнею, для тяжкохворих – функціональні ліжка. У палаті крім ліжок повинен бути один загальний стіл, шафа для лікарняного одягу, холодильник для зберігання продуктів, умивальник, тумбочки, табурети.

Послідовність дій при виконанні санітарно-гігієнічного режиму

1. Хворим змінює постільну і натільну білизну сестра-господарка в денний час, у нічний – санітарка або палатна медична сестра.

2. Змінюйте білизну 1 раз в 7–10 днів, а тяжкохворим – в міру необхідності після миття хворого під душем або після часткової обробки шкіри.

3. Брудну білизну в палаті помістіть в клейончастий мішок, зберігайте її до відправки у пральню в спеціально відведеному приміщенні в баках з кришками.

4. Сестра-господарка одягає фартух, гумові рукавички і маску, потім проводить сортування брудної білизни, складає її в клейончастий мішок і відправляє у пральню лікарні на каталці.

5. В пральні білизну дезінфікують замочуванням в 1% розчині хлораміну або 0,5% розчині хлорного вапна протягом 30 хв. Потім білизну перуть із кип'ятінням. Фартух, каталку дезінфікують за допомогою 1% розчину хлораміну шляхом двохразового протирання, а гумові рукавички, клейончастий мішок занурюють на 30 хв. в 1% розчин хлораміну.

6. Після виписування хворого постільні приналежності (матрац, подушку, ковдру) здають у дезінфекційну камеру, де знезаражують парою, що вільно надходить, температурою 80°C протягом 30 хв., а ліжко двічі протирають дезінфікуючим розчином, потім – зволоженою водою полотниною.

Дезінфекційний режим відділенні передбачає систему заходів, спрямованих на знищення збудників хвороб та створення умов, що перешкоджають їх поширенню в навколишньому середовищі.

Види дезінфекції

Вогнищева – проводиться у вогнищі інфекційного захворювання при наявності відомого джерела інфекції (хворого, мікробоносія, або реконвалесцента).

Існують наступні види дезінфекції:

поточна, проводиться весь час, поки у вогнищі залишається джерело інфекції. Її мета запобігти розсіюванню збудника у навкіллі та по можливості знищити його відразу після виділення від джерела інфекції. Проводиться силами населення (вдома), або медперсоналу (в лікувально-профілактичному закладі);

заключна, проводиться у вогнищі після того, як з вогнища вибуває джерело інфекції. Її мета остаточно знищити збудника у вогнищі інфекції та найбільш повно знезаразити об'єкти, які могли бути інфіковані мікроорганізмами. Заключна дезінфекція відповідно до заходів є більш поширеною. Проводиться силами медперсоналу, в тому числі і санітарної служби, або силами населення.

Профілактична дезінфекція проводиться відносно постійно, коли джерело інфекції невідоме, але існують реальні умови, що воно може в будь-який час тут з'явитися. Її мета попередити виникнення та розповсюдження інфекційних захворювань та накопичення збудників у навколишньому середовищі. Може бути:

- плановою, яка проводиться весь час незалежно від епідемічної ситуації;

- за епідемічними показниками, проводиться при наявності загрози виникнення та розповсюдження інфекційного захворювання.

Приймальне відділення лікарні – підрозділ стаціонару, де проводять прийом і реєстрацію хворих, огляд, об'єктивне обстеження та первинну діагностику, санітарну обробку, транспортування хворих у лікувальне відділення, здійснюють довідково-інформаційну роботу, в разі необхідності надають невідкладну медичну допомогу. Від того, наскільки правильно та оперативно

організовано роботу приймального відділення, залежить успіх та результати подальшого лікування хворого.

Типи приймальних відділень.

Централізовані– це одне відділення зі складною структурою, що створюється у багатопрофільних неінфекційних лікарнях, особливо тоді, коли відділення розташовані в одному корпусі.

Децентралізовані– це відділення, що створюються на базі інфекційного, дитячих відділень або пологових будинків.

Основні функції приймального відділення:

1. Прийом, реєстрація, огляд (первинна діагностика) та розподіл пацієнтів.
2. Заповнення медичної документації.
3. Санітарна обробка пацієнтів, яких госпіталізують.
4. Транспортування пацієнтів у лікувальне відділення.
5. Надання невідкладної медичної допомоги.
6. Інформаційно-довідкова функція.

Структура приймального відділення терапевтичного стаціонару

Приймальне відділення складається із таких приміщень:

-вестибюль, де хворий та його родичі очікують прийому. В вестибюлі має бути стіл для довідок, стільці, дошка відомостей про правила внутрішнього розпорядку в лікарні, часи відвідування хворих, бесід з лікарем, номери телефонів для довідок, список продуктів харчування, що можна приносити хворому;

-оглядові кімнати: реєстратура, де медична сестра заповнює документацію на хворого, кімната для огляду хворого лікарем, ізолятор (для прийому хворого з підозрою на інфекційне захворювання або гарячку невідомого генезу), кімната для консультацій фахівців, кімната для антропометричних досліджень;

-санітарний пропускник: душові, ванна; кімната для санітарної обробки хворого (боротьба з педикульозом, коростою); кімната, де хворий переодягається в лікарняний одяг;

-процедурні кабінети: маніпуляційний, кабінет де проводять катетеризацію сечового міхура, ставлять клізми, промивають шлунок);

-діагностичні кабінети (в основному у великих стаціонарах): лабораторія, ендоскопічний, рентгенологічний, кабінет функціональної діагностики;

-кабінет чергового лікаря;

-туалетна кімната (санвузол);

-гардероб камерою для зберігання одягу, сейфом для зберігання документів та коштовності.

Документація, що заповнюється у приймальному відділенні:

1. Журнал реєстрації хворих, які надходять до стаціонару, та відмов від госпіталізації (записують: №/№, дату та час госпіталізації, П.І.Б., дату та рік народження, місце проживання, контактні телефони, місце роботи, професію

та посаду, ким направлений до стаціонару та з яким діагнозом, діагноз приймального відділення, назву лікувального відділення, куди госпіталізовано пацієнта, причину відмови від госпіталізації та статус хворого на момент обстеження) – **форма 001/о**

2. Медична карта стаціонарного хворого (лікарська історія хвороби) – титульний листок – **форма 003/о** До карти додається персональний лист лікарських призначень та температурний листок.

3. Статистична карта вибулого зі стаціонару – **форма 066/о**

4. Екстрене повідомлення про виявлення випадків інфекційного паразитарного захворювання, харчового або професійного отруєння чи незвичайної реакції на щеплення **форма 058/о**. Відсилається у районне відділення санітарно-епідеміологічної та дезінфекційної станції не пізніше 12 годин з моменту виявлення, дублюється поданням телефонограми.

5. Журнал обліку інфекційних та паразитарних захворювань – **форма 060/о**.

Примітка: при ургентному надходженні невідомого пацієнта до стаціонару та в разі відсутності документів слід дати телефонограму до районного відділку міліції.

Організація надходження хворих до стаціонару

Шляхи госпіталізації хворих до стаціонару:

1. Планова госпіталізація за направленням лікаря закладів первинної медичної допомоги (районні поліклініки, медико-санітарні частини, тощо).

2. Ургентна госпіталізація хворих, доставлених машиною «Швидкої допомоги».

3. Переводом з одного стаціонару до іншого за домовленістю.

4. Шляхом самозвернення.

Прийом та реєстрація хворих. Порядок реєстрації зумовлюється причиною госпіталізації хворого та станом його здоров'я.

1. При масовому надходженні хворих існує певний порядок черговості госпіталізації: спочатку приймають та реєструють важкохворих, потім хворих середнього ступеня важкості, і в останню чергу приймають хворих за направленням поліклініки. Якщо хворий у надто важкому стані або потребує реанімаційних заходів, спочатку надають відповідну допомогу, а тільки потім його реєструють.

2. Якщо хворий, якого доставила машина «Швидкої допомоги», знаходиться у непритомному стані, його реєстрація відбувається зі слів супроводжуючих або за наявними документами; але якщо їх немає – лікар приймального відділення докладно описує його зовнішні дані та прикмети і подає ці відомості до міліції.

3. Хворі, які доставлені машиною «Швидкої допомоги» або які звернулися самостійно, реєструються тільки після їх огляду черговим лікарем та встановлення ним попереднього діагнозу і вирішення питання про необхідність госпіталізації у певне відділення стаціонару або відмови у госпіталізації (що реєструється у спеціальному журналі). Основні причини відмовлення у

госпіталізації: відсутність необхідності у госпіталізації взагалі; якщо після надання допомоги стан хворого повністю нормалізувався (гіпертонічний криз); непрофільність хвороби. У цих випадках, якщо під час огляду хворого бригада «Швидкої допомоги» ще не поїхала, то вона повинна доставити хворого до профільної лікарні. Якщо вона вже поїхала, черговий лікар повинен викликати бригаду «Швидкої допомоги», що спеціалізується на перевезенні таких хворих.

4. На хворих, які надходять за направленням поліклініки, медична сестра приймального відділення одразу заповнює історію хвороби та реєструє їх у різних журналах.

5. Якщо у хворого під час надходження до стаціонару у приймальному відділенні виявлено інфекційне захворювання, то медичний персонал повинен: розмістити хворого в ізоляторі, заповнити «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне захворювання» (форма № 058-у) і не пізніше 12 годин з моменту виявлення направити його до санепідемстанції. Викликати бригаду «Швидкої допомоги» для перевезення хворого до інфекційного відділення.

Послідовність дій при прийомі хворих у стаціонар.

Оформлення надходження хворого у лікувальне відділення стаціонару

1. Хворого оглядає лікар і вирішує питання про госпіталізацію, спосіб санітарної обробки і транспортування.

2. Медична сестра або лікар оглядають хворого на наявність інфекційних захворювань та педикульозу. З цією метою оглядають шкірні покриви, волосисті ділянки тіла, зів, вимірюють температуру тіла.

3. Медична сестра оформляє титульну сторінку «Медичної карти стаціонарного хворого». При цьому уважно заповнює всі паспортні дані (прізвище, ім'я, по батькові, дату, місяць і рік народження, домашню адресу, телефон – домашній, службовий, місце роботи, посаду); ким хворий направлений; діагноз при направленні; діагноз приймального відділення; відділення, в яке направляється хворий; дату і годину з хвилинами надходження.

4. Із паспорта, якщо там відмічено, записують дані про групу крові та резус-фактор.

5. Шляхом опитування вивчають і відмічають у карті побічну дію ліків (алергічні реакції).

6. При надходженні в стаціонар дітей або хворих похилого віку записують домашню адресу, місце роботи, телефон батьків, дітей або найближчих родичів.

7. Якщо хворий знаходиться в непритомному стані, всі дані про хворого медична сестра отримує від осіб, які його супроводжують або медичного персоналу «Швидкої допомоги».

8. У випадку, коли відсутні будь-які паспортні дані про хворого, який знаходиться у непритомному стані, медична сестра повідомляє про це у най-

ближче відділення міліції, вказує прикмети хворого, перелік його одягу. В усіх документах до в'яснення даних хворий реєструється як «невідомий».

9. Дані про хворого медична сестра заносить у алфавітну книгу (прізвище, ім'я, по батькові, № карти, дату надходження, назву відділення стаціонару), яка є документом для довідникової служби.

10. Якщо у хворого є документи, гроші, цінні речі, медична сестра приймає їх відповідно опису в трьох екземплярах і здає на зберігання в сейф бухгалтерії лікарні.

11. Якщо хворому відмовляють у госпіталізації із-за відсутності показання або місця у відділенні, то тоді його записують у «Журнал відмовлень у госпіталізації», де вказують паспортні дані, дані об'єктивного обстеження, діагноз, причину відмовлення. Всі дані засвідчує лікар.

Санитарна обробка хворого.

Санітарна обробка - дії, спрямовані на усунення таких захворювань як педикульоз, або виявлення інших явних захворювань і їх абсолютної мінімізації.

Залежно від стану хворого проводять повну чи часткову санобробку.

Повна включає в себе обробку окремих ділянок тіла а також прийняття гігієнічної ванни

Часткова не включає в себе гігієнічну ванну.

Санітарне оброблення хворого

1. Огляньте тіло хворого на предмет виявлення інфекційних захворювань, корости, педикульозу та зробіть відповідний запис на титульній сторінці медичної карти.

2. Вирішіть з лікарем питання щодо виду та обсягу санітарного оброблення.

3. Якщо є потреба, обріжте хворому нігті незараженими ножицями. Не травмуйте нігтьові валики. У разі поранення травмовану ділянку обробіть антисептиком. У людей похилого віку нігті бувають товсті та щільні, тому перед зрізанням їх слід розпарити у воді.

4. У разі потреби допоможіть хворому роздягтися. Одяг складіть у спеціально виділений чистий мішок, заповніть при цьому квитанцію у двох примірниках із точним зазначенням назви та кількості речей. Один примірник здайте на склад із речами, другий — вклейте в медичну карту.

5. Для миття хворого виділіть індивідуальну прокип'ячену мочалку та мило.

6. Закрийте корком отвір ванни, заповніть її до половини теплою (35 — 37 °С) водою. За відсутності змішувача спочатку налийте у ванну холодну воду, потім — гарячу, щоб уникнути накопичення пари в приміщенні.

7. Ослабленого хворого супроводжуйте до ванної кімнати, підтримуйте під пахви, коли він сідає у ванну та підіймається з неї.

8. Якщо хворий не може митися сам, допоможіть йому в цьому. Спочатку вимийте голову, тулуб, руки й нарешті ноги.

9. Під час миття спостерігайте за станом хворого.

10. Після миття шкіру витріть сухим рушником.

Якщо є можливість, то краще хворих мити під душем, що легше сприймається організмом.

Запам'ятайте! У разі погіршення самопочуття хворого (запаморочення, серцебиття, біль у ділянці серця, блідість) треба припинити митися; допомогти хворому вийти з ванни; вкласти на кушетку з трохи піднятим ножним кінцем; накрити простирадлом; піднести до носа тампон, змочений нашатирним спиртом; розтерти скроні; до голови прикласти рушник, змочений холодною водою, і викликати лікаря.

Обтирання тяжкохворого. Якщо ванна та душ протипоказані, зробіть хворому обтирання теплою водою з милом.

1. Залежно від стану хворого оголіть усе тіло чи окремі його частини, підстеліть під хворого чисту клейонку.

2. Рушник або полотняну серветку змочіть теплою водою з милом і швидко протріть тіло, починаючи з обличчя, шиї й закінчуючи кінцівками.

3. У разі потреби протирайте по чергово різні ділянки тіла, прикривайте вже обтерті простирадлом або ковдрою. Спершу протріть спину та поперек, обсушіть рушником, потім покладіть хворого на спину.

4. Обробіть ділянку грудей, обсушіть і накрийте ковдрою.

5. Далі протріть живіт, руки, ноги.

6. Після санітарного оброблення допоможіть хворому надягти чисту лікарняну білизну й тапочки.

7. На титульній сторінці медичної карти зробіть позначку про проведення санітарне оброблення.

8. З приймального відділення транспоруйте хворого у відповідне відділення стаціонару.

Запам'ятайте! Санітарне оброблення хворих слід здійснювати у спеціально відведеному приміщенні, в якому немає зустрічного потоку хворих.

Гоління, стрижка волосся

1. З дозволу хворого можете постригти волосся за допомогою ножиць або машинки для гоління волосся.

2. Голити волосся в ділянці операційного поля потрібно не раніше як за 2 год до операції, щоб не виникли гноячкові утворення.

3. Можете голити волосся сухим методом.

4. У станок заправте лезо і голіть за ходом росту волосся. При цьому злегка натягуйте шкіру лівою рукою в протилежний від станка бік.

5. Можете голити волосся і після попереднього намилювання шкіри мильною піною або кремом для гоління.

6. Після гоління ділянку шкіри витріть стерильною серветкою, обробіть 70 % розчином етилового спирту, тому що в мікроподряпини можуть потрапити мікроби з поверхні шкіри і спричинити гноячкові утворення. Повна санобробка:

При надходженні в стаціонар у необхідних випадках хворі приймають гігієнічну ванну або душ. При цьому ванна попередньо обробляється 1% розчином хлораміну, миється щіткою з милом і споліскується гарячою водою.

При необхідності проводять обробку на педікульоз.

Транспортування хворих

Із приймального відділення хворого, який може самостійно ходити, направляють у відділення стаціонару в супроводі медичної сестри або молодшої медичної сестри. Для транспортування важко хворих використовують носилки, каталки-носилки або крісла-каталки.

Транспортування хворих здійснюється за допомогою носилок, каталок-носілок, крісла-каталки:

1. Носилки застеліть ковдрою, потім простирадлом, покладіть подушку, покладіть хворого і накрийте його.

2. На носилках хворого несіть удвох або вчотирьох.

3. На рівній дорозі носилки з хворим несіть повільно, не в ногу, головним кінцем уперед.

4. Ідучи сходами в гору, хворого несіть на носилках головою вперед, при тому особи, які йдуть попереду, тримають ручки носилок опущеними руками, а особи які йдуть позаду дещо піднімають носилки.

5. Під час опускання хворого сходами вниз несіть його ногами вперед і трохи підніміть нижній кінець носилок.

Зручніше транспортувати хворого на каталці-носилках, яку можна закотити в кабінку ліфта і якщо необхідно, підняти або опустити хворого на потрібний поверх.

При транспортуванні в кріслі-каталці вперед, допоможіть хворому сісти в крісло, поставте крісло-каталку у вихідне положення і транспортуйте його, перекладання тяжко хворих з каталки-носілок на ліжко:

1. Щоб уникнути зайвих рухів і якомога менше турбувати хворого, попередньо подумайте, як розмістити каталку-носилку відносно ліжка.

2. Використовуйте один із чотирьох способів:

перший спосіб: каталки-носилки розташуйте перпендикулярно до ліжка та щоб її головний кінець підходив до нижнього кінця ліжка;

другий спосіб: каталко-носилки нижнім кінцем розмістіть паралельно до ліжка так, щоб її головний кінець був біля головного кінця ліжка;

третій спосіб: каталко-носилки розмістіть паралельно до ліжка так, щоб її головний кінець був біля головного кінця ліжка. Тоді хворого підтягніть до краю носилок разом із простирадлом, злегка підніміть і перекладіть на ліжко. Якщо хворий у свідомому стані, то можливо, він може самостійно поступово пересунути з каталки-носілок на ліжко.

четвертий спосіб: каталко-носилки розташуйте паралельно до ліжка так, щоб її головний кінець знаходився біля нижнього кінця ліжка. Станьте в двох або в трьох між носилками та ліжком, обличчям до хворого, одночасно підніміть його і повернувшись на 180° перекладіть на ліжко.

Під час перекладання одна людина підтримує голову та груди, друга поперек і сідниці, третя – стегна та гомілки. Перекладати хворого з ліжка на каталко-носилки слід також одним із цих способів.

Види режимів рухової активності пацієнта.

Суворий ліжковий режим: хворим забороняється вставати, сідати, іноді самостійно повертатися у ліжку, всі санітарно-гігієнічні заходи (вмивання, догляд за порожниною рота, шкірою, підмивання, зміна білизни) та годування хворих проводить у ліжку медична сестра та санітарка. Такий режим небажаний, тому що тривала фізична нерухомість знижує тонус, порушує фізіологічні рефлекси і може бути причиною розвитку різних ускладнень: пролежнів, пневмонії, тромбозу судин.

Ліжковий режим: хворому дозволяють повертатися в ліжку, сідати, опустивши ноги, виконувати легкі гімнастичні вправи під наглядом медичної сестри.

Напівліжковий режим: хворий може самостійно повертатися, сідати в ліжку, ходити по палаті. Заходи особистої гігієни, вживання їжі, фізіологічні відправлення такі хворі здійснюють у палаті.

Загальний режим: пацієнтам дозволяються прогулянки на свіжому повітрі, піднімання та опускання по сходах.

Положення пацієнта в ліжку (активне, пасивне, вимушене).

Активне — це положення, коли хворий може самостійно вставати з ліжка, сидіти, ходити, обслуговувати себе.

Пасивне — це положення, коли хворий не може самостійно переміщуватись, повертатися в ліжку, підняти руки, ноги, голову і лежить у такому положенні, яке йому надали. Свідчить про тяжкий стан хворого, в непритомному стані, при різкій слабкості, паралізовані, надто виснажені хворі.

Вимушене:

а) вимушене активне — це коли хворий займає самостійно, свідомо таке положення, щоб полегшити свої страждання. (ортопное — вимушене положення сидячи або напівсидячи зі спущеними донизу ногами при декомпенсованій серцевій недостатності і застої крові в малому колі кровообігу; вимушене колінно-ліктьове положення хворого з виразкою на задній стінці шлунка зменшує біль; положення сидячи з фіксованим плечовим поясом (упирання руками на ліжку) займають хворі з нападом бронхіальної астми, воно зменшує задишку; позу магометянина, який молиться (нахил тулуба максимально вперед) займають хворі на перикардит). В усіх випадках вимушене активне положення полегшує стан хворого, сприяє його одужанню.

б) вимушене пасивне положення в ліжку — коли хвороба змушує пацієнта зайняти його, навіть у випадках, коли пацієнт може повертатись.

Перекладання хворого з кушетки на каталку і з каталки на ліжко

1. Раціонально розмістіть каталку відносно кушетки або ліжка.

2. Поставте каталку перпендикулярно до кушетки так, щоб її головний кінець розмістився біля ножного кінця кушетки.

3. Утрюх станьте біля хворого з одного боку: перший підводить руки під голову та лопатки хворого, другий — під поперекову ділянку і таз, третій — під стегна та гомілки.

4. Підніміть хворого, поверніться разом із ним на 90° у бік каталки, покладіть хворого на каталку та транспортуйте у відділення стаціонару.

5. У відділенні головний кінець каталки поставте перпендикулярно до ножного кінця ліжка.

6. Підніміть хворого і перекладіть на ліжко.

Примітка. Якщо каталку по відношенню до ліжка можна поставити тільки паралельно, то медичні працівники, піднявши хворого, розвертаються з ним на 180° і кладуть його на ліжко. При цьому ножний кінець каталки повинен розміщуватися біля головного кінця ліжка, або, навпаки, головний кінець каталки поставити біля ножного кінця ліжка.

Особливості транспортування пацієнтів при деяких захворюваннях внутрішніх органів і травмах

1. У разі гострого інфаркту міокарда хворого необхідно обережно транспортувати на ношах або каталці.

2. Тяжкохворого з декомпенсованою серцево-судинною недостатністю з різко вираженою задишкою транспортувати слід на ношах або каталці в напівсидячому положенні. Для цього під голову та спину підкладають 2 — 3 подушки або складену у кілька шарів ковдру. У разі відносно задовільного стану хворого можна транспортувати на кріслі-каталці.

3. У разі колапсу та інших видів гострої судинної недостатності транспортувати слід на каталці або ношах у горизонтальному положенні з опущеним головним кінцем. Для цього під ноги підкладають 1 — 2 подушки або валик із ковдри чи матраца. Хворого зігрівають за допомогою теплих грілок і ковдри.

4. Пацієнта у непритомному стані, у разі небезпеки виникнення блювання транспортувати слід на ношах чи каталці в горизонтальному положенні на спині з повернутою на бік головою. Під голову підкладають клейонку і пелюшку. Напоготові слід мати ниркоподібний лоток, марлеві тупфери й затискач.

5. Пацієнта із шлунково-кишковою кровотечею транспортувати слід на спині без подушки. На надчеревну ділянку покласти пузир із льодом.

Хворого із травмою хребта транспортувати слід на дерев'яному щиті.

Користування функціональним ліжком

Для важкохворих потрібні спеціальні функціональні ліжка, які дозволяють забезпечити необхідне положення (наприклад, напівсидячи та ін.). Функціональне ліжко складається з рами з панелями, двох спинок, двох

бічних решіток, надкроватьного столика і кошика. Панель ліжка складена з трьох рухомих секцій: головна, тазовостегнова і нижня.

Бічні решітки у функціонального ліжка знімні та можуть використовуватися для забезпечення безпеки дітей молодшого віку або як допоміжні пристрої, за допомогою яких бинтами можна фіксувати руки і ноги хворого при проведенні тривалих внутрішньовенних маніпуляцій і т.д.. Надкроватьний столик складається з підноса і двох ніжок і встановлюється безпосередньо над ліжком перед обличчям хворого, якщо останній перебуває в напівсидячому положенні. Є корзина для горщика.

Укладання пацієнта в положення Фаулера

Положення Фаулера – це положення напівлежачи і напівсидячи.

- 1) приведіть ліжко пацієнта в горизонтальне положення;
- 2) підніміть ізголів'я ліжка під кутом 45-60⁰ (пацієнту в такому положенні легше дихати і спілкуватися з оточуючими);
- 3) покладіть голову пацієнта на матрац або низьку подушку (попереджає згинання, контрактури шийних м'язів);
- 4) якщо пацієнт не може самостійно рухати руками, підкладіть під них подушки (попереджає вивих плеча, розтяжку капсули плечового суглоба, контрактури м'язів верхніх кінцівок);
- 5) підложіть пацієнту подушку під поперек (зберігає поперековий лордоз);
- 6) підложіть невелику подушку під стегна пацієнта (попереджає згинання в колінному суглобі і здавленн 5) Як користуватися функціональної ліжком

Укладання пацієнта в положенні Сімса

Положення Сімса – це проміжне між положенням лежачи на животі і на боці:

- 1) Переведіть ізголів'я ліжка в горизонтальне положення.
- 2) Положіть пацієнта на спину.
- 3) Переведіть пацієнта в положення лежачи на боку і частково лежачи на животі (на ліжку знаходиться лише частина живота).
- 4) Підложіть подушку під голову пацієнта (попереджає згинання шиї).
- 5) Підложіть подушку під "верхню" зігнуту в ліктьовому і плечовому суглобі руку під кутом 90°, "нижню" руку положіть на ліжко, не згинаючи (зберігається правильна біомеханіка тіла);
- 6) Підложіть подушку на зігнуту "верхню" ногу так, щоб нижня гомілка з'явилась на рівні нижньої третини стегна (таким чином попереджається повертання стегна всередину, перегинання кінцівки, здійснюється профілактика пролежнів в ділянці колінних суглобів);
- 7) Забезпечте опір під кутом 90⁰ (забезпечується правильне тильне згинання стоп і вони не провисають).

Укладання пацієнта на спину

Пацієнт знаходиться в пасивному положенні:

- 1) Надайте ізголів'ю ліжка горизонтального положення;

2) Положіть пацієнту під поперек невеликий звернутий трубкою рушник;

3) Підложіть невелику подушку під верхню частину плечей, шию, голову пацієнта (попереджає згинання шийних хрящів);

4) Підложіть подушку вздовж зовнішньої поверхні стегон, починаючи з ділянки вертлюга стегнової кістки (попереджає повертання стегна назовні);

5) Підложіть невелику подушку в ділянці нижньої третини гомілки (зменшує тиск на п'ятки);

6) Забезпечте опір для стоп під кутом 90° ;

7) Поверніть руки пацієнта долонями вниз і розташуйте їх паралельно до тулуба, підложивши під передпліччя невеликі подушки (зменшує повертання плеча і перетискання ліктьового суглоба);

8) Вложіть в руки пацієнта валики для кисті (таким чином зменшується розгинання пальців і відведення 1 пальця).

Укладання пацієнта на живіт

При високому ризику розвитку пролежнів необхідно часто міняти положення пацієнта. Одним із таких положень, може бути положення на животі. Після деяких операцій, діагностичних процедур пацієнт (потребує), або перебуває у вимушеному положенні:

1) Приведіть ліжко пацієнта в горизонтальне положення;

2) Заберіть подушку з під голови;

3) Розігніть руку пацієнта в ліктьовому суглобі, притисніть її до тулуба по всій довжині і підложивши кисть пацієнта під стегно "пересуньте" пацієнта через його руку на живіт;

4) Перемістіть тіло пацієнта на середину ліжка;

5) Поверніть голову пацієнта на бік і підложіть під неї низьку подушку (зменшує згинання або перегинання шийних хребців).

6) Підложіть невелику подушку під живіт трохи нижче рівня діафрагми (у жінок зменшується тиск на груди);

7) Зігніть руки пацієнта в плечах, підніміть їх так, щоб кінцівки розміщувались біля голови;

8) Підложіть невеликі подушки під лікті, передпліччя і кінцівки;

9) Підложіть під ступні подушечки, щоб попередити їх провисання і повертання назовні.

Укладання пацієнта на бік

При укладанні пацієнта на бік слід:

1) Опустити ізголів'я ліжка.

2) Перемістіть пацієнта, який лежав на спині, ближче до краю ліжка.

3) Зігніть ліву, якщо ви хочете повернути пацієнта на правий бік, ногу пацієнта в колінному суглобі, підсунувши ліву стопу в праву підколінну впадину.

4) Покладіть одну руку на стегно пацієнта, другу - на плече і поверніть пацієнта на бік до себе.

5) Підкладіть подушку під голову і тіло пацієнта (зменшує бокове згинання і напруження шийних м'язів).

6) Надати обом рукам пацієнта злегка зігнуте положення, при цьому рука, яка знаходиться зверху, лежить на рівні плеча і голови, рука, яка знаходиться знизу, лежить на подушці біля голови (забезпечує охорону плечових суглобів і полегшує рух грудної клітки, що покращує легеневу вентиляцію).

7) Підложіть під спину пацієнта складену подушку, злегка підсунувши її під спину рівним краєм (таким чином можна, втримати пацієнта в положенні на боці).

8) Помістити подушку (від пахової ділянки до стопи) під злегка зігнуту "верхню" ногу пацієнта (профілактика пролежнів і перегинання ноги).

9) Забезпечте опір під кутом 90° для «нижньої» стопи (таким чином забезпечується тильне згинання стопи і попереджається її "провисання").

Уклавши пацієнта в любе з перерахованих положень, переконайтеся, що він почуває себе зручно. Всі види положень можуть бути використані у одного і того ж пацієнта, який має, високий ризик розвитку пролежнів і який потребує зміни положення тіла кожні 2 години.

Заміна постільної білизни

В стаціонарі проводиться 1 раз на 7 днів після гігієнічної ванни. В окремих випадках замінюють при потребі. Якщо пацієнтові дозволяється сидіти, медична сестра пересаджує його на стілець і перестеляє постіль.

У лежачих пацієнтів брудне простирадло складають або скочують у валик з боку голови та ніг, як бинт, с двох боків валиком, обережно підводять під крижі пацієнта і потім випростовують до голови і ніг.

Можна замінювати простирадло і іншим способом. Пацієнта переміщують на край постілі, скочують брудне простирадло по довжині у вигляді бинта, на її місце випростують чисту, на яку перекладають пацієнта, а на другому боці потім знімають брудне і випростують чисте простирадло. Постільну білизну замінюють 2 особи з мінімальними витратами фізичних сил.

Заміна натільної білизни

При заміні натільної білизни тяжкохворим медична сестра повинна підвести руки під крижі пацієнта, захопити краї сорочки і обережно підвести її до голови, потім підняти обидві руки пацієнта і скочену біля шиї сорочку перевести через голову пацієнта. Після цього вивільнюють його руки. Одягають пацієнта в зворотному порядку: спочатку одягають рукава сорочки, потім перекидають її через голову.

Якщо у пацієнта пошкоджена рука, спочатку знімають сорочку зі здорової руки, а потім з ушкодженої. Одягають сорочку в зворотному порядку: спочатку на хвору руку, а потім на здорову.

Особиста гігієна пацієнтів.

Догляд за шкірою

Пацієнтів, що довго перебувають в ліжку і не приймають гігієнічної ванни, слід протирати рушником, змоченим водою або одним із дезинфекційних розчинів: камфорним спиртом, одеколоном, спиртом наполовину з водою, розчином столового оцту (1 ст. ложка на 300 мл води) і т.і. Для цього один кінець рушника змочують розчином, злегка віджимають і протирають шкіру за вухами, шию, спину, передню частину грудної клітки і пахвові зв'язки; Слід звертати увагу на складки під молочними залозами, у огрядних жінок можуть утворюватись попрілості. Потім посухо витирають шкіру в тому ж порядку.

Догляд за волоссям

Пацієнти, що тривалий час знаходяться у ліжку, потребують постійного догляду за волоссям. Чоловіків стрижуть коротко і 1 раз на тиждень проводять гігієнічну ванну з миттям голови. Жінок, що мають довге волосся, розчісують густим гребінцем, індивідуальним для кожної пацієнтки. Чужими гребінками користуватись категорично заборонено. Коротке волосся розчісують від кореня до кінчиків, а довгі розділяють на окремі пасма і повільно обережно розчісують від кінців, щоб не висмикувати їх. Густий гребінець, змочений у розчині оцту, добре вичісує лупу і бруд. Щоб краще промити волосся, слід застосовувати різні шампуні, дитяче мило або воду з домішкою хни. Якщо стан пацієнта дозволяє, голову йому миють під час гігієнічної ванни. Якщо пацієнт тривалий час не підводиться, йому миють голову в ліжку. Під час намилювання слід добре протерти шкіру під волоссям. Потім волосся промивають і досуша витирають, після чого ретельно вичісують. Після миття голови, особливо у жінок з довгим волоссям, медична сестра накладає на голову полотенце або хустину, щоб запобігти переохолодження. Щотижня сестра слідкує за станом волосся пацієнтів, проводить профілактику педикульозу.

Догляд за очима

Догляд за очима потребує від медичної сестри особливої уваги. Очі промивають при виділеннях, що склеюють вії. Застосовують стерильні марльові тампони, змочені теплим 2% розчином борної кислоти. При захворюванні очей крапляють краплі і втирають очні мазі. Піпетку для закраплення перед вжитком кип'ятять. До процедури медична сестра ретельно мие руки з милом і щіткою, протирає їх спиртом, щоб не внести інфекцію в очі. Техніка закапування: лівою рукою злегка відтягують нижнє віко і, запропонувавши пацієнтові подивитись в інший бік, повільно упускають одну краплину ближче до носа; трохи почекавши, упускають другу краплю і просять пацієнта закрити очі.

Очні мазі накладають на повіки спеціальною скляною лопаточкою. Мазі і лопаточки повинні бути стерильними. Віко пацієнта відтягують вниз, за нього закладають мазь і м'якими рухами пальців розтирають її по слизовій

оболонці. Кількість піпеток для одного пацієнта залежить від кількості лікарських препаратів; для кожного препарату потрібна окрема піпетка.

Догляд за носом

Якщо пацієнт ослаблений і не може вивільнювати носові ходи самостійно, медична сестра повинна щоденно видаляти утворені шкуринки. Для цього в носові ходи вводять ватну турунду, змочену у вазеліновому маслі, гліцерині або будь-якому масляному розчині, відкинувши назад голову пацієнта, і через 2-3 хвилини обертальними рухами видаляють шкуринки.

Догляд за вухами.

Пацієнти, що знаходяться у задовільному стані, під час щоденного ранкового туалету самостійно миють вуха. Пацієнтам, що не спроможні самостійно себе обслуговувати з якихось причин, періодично чистить вуха медична сестра. Якщо утворилась сірчана пробка, її видаляють. Для закраплювання крапель у вухо нахиляють голову пацієнта в здорову сторону. Лівою рукою відтягують мочку вуха, а правицею тримають піпетку, з якої вводять краплі в слуховий прохід. Після цього у вухо на кілька хвилин закладають невеликий ватний тампон.

Догляд за порожниною рота

Тяжкохворі, що не можуть самостійно чистити зуби, після кожного прийому їжі медична сестра повинна протирати рота. Для цього вона бере пінцетом ватну кульку, змочує його у 5% розчині борної кислоти, 2% розчині натрію гідрокарбонату, слабкому розчині калію перманганату або в теплій воді і протирає пацієнтові зуби та язика. Після цього пацієнт добре прополіскує порожнину рота.

У тяжкохворих часто розвивається запалення слизової оболонки порожнини рота - стоматит: з'являється біль при прийомі їжі, слинотеча, може підвищитись температура. Медикаментозне втручання на слизову оболонку міститься в проведенні так званої аплікації чи зрошення .

Аплікація - накладання стерильних марльових серветок, змочених в дез.розчині (0,1% розчин фурациліну) на 3-5 хвилин. Цю процедуру повторюють кілька разів на день. Можна робити аплікації з знеболюючими засобами. Зрошення - проводять за допомогою шприцу Жане або гумової груши. Груди пацієнта накривають клейонкою, надають йому положення полу сидячи, в руках він тримає нирко видний лоток, який підносить до підборіддя для стікання промивної рідини. Медична сестра, відтягуючи шпателем по черзі то ліву, то праву щоку, вводить наконечник і зрошує порожнину рота. Під тиском струсу відбувається механічне вимивання частинок їжі, гною і т.і. Іноді у пацієнтів з'являється сухість губ і болісні шпаринки в куточках рота. Для полегшення стану на губи накладають марльову серветку, змочену водою, а потім змащують губи любим жиром. Не дозволяється широко відк-

ривати рота, доторкуватись до шпаринок і зривати утворені шкуринки, користуватись зубною щіткою. Полоскати рота слід після кожного прийому їжі.

Зубні протези на ніч слід знімати, ретельно промивати з милом і до ранку зберігати в чистому стакані, а вранці знову промити і одягти.

У пацієнтів з високою температурою або тяжким порушенням кровообігу іноді виникає афтозний стоматит, при якому з'являється дуже неприємний дух, що пригнічує пацієнта і оточуючих. Боротьба з афтозним стоматитом містить в собі лікування основного захворювання, а також призначення засобів, що знищують запах: 2% розчином натрію гідрокарбонату або 1% розчином натрію хлориду

Підмивання

Підмивання виконують слабким розчином перманганату калію або іншим дезінфікуючим засобом. Розчин повинен бути теплим (30-35 градусів) Для підмивання необхідно мати ємкість, корнцанг та стерильні ватні кульки.

При підмиванні жінка повинна лежати на спині, зігнувши ноги в колінах і трохи розвести їх в стегнах, під сідниці підкладають судно.

В ліву руку беруть ємкість з теплим дезінфікуючим розчином і ллють розчин на зовнішні статеві органи, а ватний тампон, затиснутий корнцангом, направляють від статевих органів до заднього проходу зверху вниз. Після цього ватним тампоном протирають шкіру в тому ж напрямку, щоб не занести інфекцію з області заднього проходу в сечовий міхур і на зовнішні статеві органи.

Підмивання можна виконувати і з кухля Есмарха, спорядженого гумовою трубкою, зажимом і піхвовим наконечником, направляючи на піхви струмінь води або слабого розчину перманганату калію.

Чоловіків підмивати значно простіше. Положення пацієнта на спині, ноги зігнуті в колінах. Під сідниці підкладають судно. Після підмивання ватною, стиснутою в корнцанг, насухо протирають промежину, змазують вазеліновим маслом для запобігання попрілості.

Профілактика пролежнів

Пролежні - дистрофічні виразково-некротичні процеси, які виникають у ослаблених пацієнтів, що тривалий час знаходяться в ліжку і мало рухомі. Пролежні утворюються в місцях, де м'які тканини здавлюються поверхнею ліжка; частіше це ділянки крижа, лопаток, великого вертлюга, лікті. Утворенню пролежнів сприяє поганий догляд за шкірою, незручна постіль, рідке перестелення. перша ознака пролежнів - бліда шкіра з послідуєчим почерво-нінням, набряком і відшаруванням епідермісу. Потім з'являються пухирі і некроз шкіри. В тяжких випадках змертвінню підлягають не тільки м'які тканини, а й окістя і поверхневі прошарки кісткової речовини.

Приєднання інфекції може привести до сепсису і стати причиною смерті.

Профілактика:

- 1) повертати пацієнта на бік кілька разів на день, якщо дозволяє його стан;
- 2) щоденно кілька разів на день перебирати постіль, щоб не було піску, крихт;
- 3) слідкувати, щоб на постільній та натільній білизні не було зморшок та латок;
- 4) тяжкохворим, що тривалий час знаходяться в ліжку, підкладають надувний гумовий круг в наволочці так, щоб крижі знаходились над отвором круга;
- 5) щоденно протирати шкіру дезинфікуючим розчином (камфорним спиртом, водкою, одеколоном, уксусним розчином (1 ст.ложка на 300 мл води), а при їх відсутності протирати шкіру полотенцем, змоченим теплою водою, і витирати досуха, при цьому трохи розтираючи шкіру;
- 6) при появі почервоніння шкіри розтирати це місце сухим полотенцем для поліпшення місцевого кровообігу, проводити кварцування шкіри;
- 7) шкіру в місцях мацерації промивати холодною водою з милом і протирати спиртом, після чого припудрювати;

Для протирання кінець полотенця змочують дезинфікуючим розчином, трохи віджимають і протирають шию, за вухами, спину, сідниці, передню поверхню грудної клітини і ластовинні западини. Особливу увагу треба звертати на складки під молочними залозами, де у повних жінок можуть з'являтися попірлості. Потім шкіру протирають досуха в тому ж порядку.

Лікування.

При появі пухирів їх змащують спиртовим розчином бриліантового зеленого, потім накладають суху пов'язку. Коли ділянка некрозу відмежується, обмертвілі тканини видаляють і рану прикривають стерильною салфеткою, змоченою 1% розчином перманганату калію пов'язку міняють 2-3 рази на день. По мірі очищення рани переходять на мазкові пов'язки, застосовуючи мазь Вишневського, синтоміцинову емульсію і т.і. Поява пролежнів у хворих свідчить про поганий догляд і недостатню санітарну культуру в даному медичному закладі. Тому кожна медична сестра повинна доглядати тяжкохворих і щоденно проводити профілактику пролежнів.

Термометрія

Термометрія - вимірювання температури тіла людини. Температура тіла є відносною константою внутрішнього середовища, підтримання якої забезпечується складними процесами терморегуляції. У здорової людини під пахвою вона коливається в межах 36,4-36,8 °С. Летальна максимальна темпе-

ратура тіла 42,5 °С. При цьому відбуваються незворотні зміни білкових структур. Летальна мінімальна температура тіла коливається в межах 15-23 °С. Можливі фізіологічні коливання. Так, температура, виміряна в прямій кишці, піхві, паховій складці, порожнині рота, виявляється на 0,2-0,4 °С вищою, ніж під пахвою. У дітей температура тіла дещо вища (у новонароджених вона досягає 37,2 °С під пахвою), у похилому віці, навпаки, - знижена. У жінок температура залежить від фази менструального циклу: в період овуляції вона підвищується на 0,6-0,8 °С. Добові коливання температури тіла — 0,1-0,6 °С. Максимальна температура реєструється в другій половині дня, між 17-ю і 22-ю год, а мінімальна - на світанку між 3-ю і 6-ю год.

Вимірюють температуру тіла медичним термометром. Це скляний резервуар, куди впаяні шкала і капіляр, що має на кінці розширення, заповнене ртуттю. При нагріванні ртуть піднімається у капіляр, залишаючись на рівні максимального підйому навіть при охолодженні, і опускається тільки при струшуванні. Шкала термометра проградуєвана від 34 °С до 42 °С з ціною поділки 0,1. °С. Зберігають медичні термометри у склянці, на дно якої кладуть шар вати і наливають дезінфікуючий розчин, наприклад, 0,5 % розчин хлораміну.

Після вимірювання температури у хворого термометр опускають у склянку з дезінфікуючим розчином, потім добре витирають і, струсивши ртуть нижче мітки 35 °С, дають іншому хворому. Перед вимірюванням температури необхідно оглянути пахову западину (для виключення місцевих запальних процесів) і досуха витерти її. Термометр кладуть таким чином, щоб ртутний резервуар з усіх боків стикався з тілом. Вимірювання температури триває не менше ніж 10 хв. Між термометром і тілом не повинно бути білизни. Ослабленим хворим слід притримувати руку для фіксації термометра.

При вимірюванні температури в прямій кишці термометр змащують вазеліном або іншим жиром. Хворий лягає на бік і термометр вводять в пряму кишку на глибину 6-7 см. Після кожного вимірювання температури термометр миють теплою водою з милом і дезінфікують. При вимірюванні температури в ротовій порожнині термометр розміщують під язиком. Дітям частіше вимірюють температуру в паховій складці. Для цього ногу згинають у кульшовому суглобі так, щоб термометр знаходився в утвореній складці.

У стаціонарі температуру тіла вимірюють двічі на добу: між 6-ю і 8-ю годинами ранку та о 16-18-й годині дня. Хворий при цьому лежить або сидить. За призначенням лікаря, щоб вловити максимальний підйом температури протягом доби, вимірюють її кожні 2-3 год. Отримані дані реєструють у температурному журналі, а потім переносять в температурні листки, вклеєні в карту стаціонарного хворого. Результати кожного вимірювання температури позначають точкою на перетині показників температури і дати та часу (ранок, вечір) вимірювання. Ламана лінія від з'єднання цих точок називається температурною кривою, яка має характерні особливості при деяких захворюваннях.

Для швидкого виявлення людей з підвищеною температурою тіла у великому колективі користуються полімерними пластинками, покритими емульсією з рідких кристалів "Термотест". Пластинку прикладають до шкіри лобної ділянки. При температурі 36-37 °С на пластинці зеленим кольором світиться буква "N" (Norma), а при температурі вищій 37 °С - буква "F" (Febris). Рівень підвищення температури визначають медичним термометром.

Електротермометрія - вимірювання температури тіла з використанням датчиків для різних ділянок тіла. Метод має значно меншу інертність, зручний у ослаблених, неспокійних хворих, у дітей. Датчики з'єднуються із стрілкою, відхилення якої на шкалі визначає температуру тіла хворого. В палатах інтенсивної терапії у системах моніторного спостереження використовують індивідуальні термометричні блоки. При підвищенні температури тіла за встановлені межі подається звуковий чи світловий сигнал тривоги. Метод дозволяє проводити добову, а у разі необхідності і довше, реєстрацію коливань температури. При одночасному вимірюванні ректальної і шкірної температури збільшення градієнта цих температур за рахунок зниження шкірної температури виявляють при гострій судинній недостатності (колапс) та при різних варіантах шоку (кардіогенний шок при інфаркті міокарда).

За ступенем підвищення розрізняють субфебрильну (37-38 °С), помірно підвищену (38-39 °С), високу (39-41 °С) і надмірно високу температуру (вище 41 °С). Ступінь підвищення температури визначає особливості догляду за хворим.

Важливе значення має визначення добових коливань температури або лихоманки. Розрізняють такі типи лихоманок:

1. Лихоманка постійного типу (febris continua) - температура тіла встановлюється на високих цифрах, тримається довго, добові коливання її не перевищують 1 °С. Може бути ознакою запалення легень, черевного тифу.

2. Лихоманка ремітуюча, послаблююча (febris remittens) - з різницею температури протягом доби 1-2 °С без зниження її до нормального рівня. Спостерігається при туберкульозі, гнійних захворюваннях.

3. Лихоманка переміжного, інтермітуючого типу (febris intermittens). Спостерігається короткочасне раптове підвищення температури до 39-40 °С і швидке її зниження до нормального рівня. Підвищення температури, що повторюється через 2-3 дні, може бути ознакою малярії.

4. Гектична або виснажлива лихоманка (febris hectica) - високе підвищення температури з різким на 3-4 °С зниженням її до нормального рівня, а то і нижче, з виснажливим потовиділенням. Спостерігається при туберкульозі, сепсисі, лімфогранулематозі.

5. Зворотний тип лихоманки (febris recurrens) - раптове підвищення температури до 39-40 °С і вище, яке утримується декілька днів, а потім раптово знижується до норми. Через декілька днів температурна крива знову показує новий період підйому температури. Характерна для поворотного тифу/

6. Хвилеподібна лихоманка (*febris undulans*) - спостерігається періодичне наростання температури з наступним її зниженням до норми і періодом нормальної температури тіла. Може бути ознакою лімфогранулематозу, бруцельозу.

7. Гарячка спотворена (*febris inversus*), коли вранці температура вища і знижується до вечора. Може бути ознакою сепсису, туберкульозу, бруцельозу.

8. Неправильна (*febris irregularis*). Ця лихоманка проявляється відсутністю закономірності коливань температури в різні періоди доби.

Догляд за хворими з гарячкою визначається її стадією.

Розрізняють три стадії гарячки:

I - наростання температури тіла (цій стадії властиве переважання теплопродукції над тепловіддачею);

II - постійно підвищеної температури (характеризується певним балансом між теплопродукцією і тепловіддачею);

III - зниження температури тіла (зменшується продукція тепла і зростає його віддача).

Клінічними проявами першої стадії є м'язове тремтіння, мерзлякуватість, біль у м'язах, головний біль, загальне нездужання, іноді блідість чи ціаноз кінцівок. Шкіра холодна на дотик, набуває вигляду гусячої. Хворого необхідно вкласти в ліжку, зігріти (обкласти грілками, напоїти гарячим чаєм, вкрити додатковою ковдрою).

У другій стадії з припиненням підвищення температури м'язове тремтіння значно зменшується, блідість шкіри змінюється почервонінням. Хворий може скаржитися на головний біль, відчуття жару, сухість у роті. Шкіра гаряча, червона. При високій температурі тіла можливе марення. Ознаками інтоксикаційного делірію є поява особливостей у поведінці хворого: неспокій, плач, стогін, повторення тих самих запитань до персоналу, відмова від їжі, підвищена чутливість до шуму і світла. Потім хворий починає дрімати, мовчки лежить з широко відкритими очима, пильно розглядаючи картини, які ввижаються йому. Може виникнути збудження: хворий зривається з ліжка, може зробити спробу вибігти на вулицю чи вискочити з вікна. На обличчі вираз страху і тривоги. Йому уявляються примарні картини, звірі, які вчиняють напад на нього. Делірій небезпечний навантаженням на серцево-судинну систему і можливими небезпечними для життя хворого і оточуючих людей діями. У таких випадках установлюють індивідуальний пост.

Ліжка розміщують даліше від вікна і так, щоб до нього був доступ з усіх боків. З палати забирають всі зайві предмети, особливо гострі і ріжучі. Медична сестра контролює пульс, артеріальний тиск, дихання, колір шкіри і виконує лікарські призначення. При головному болі на лоб хворого можна покласти холодний компрес із змоченої в розчині оцту (2 столових ложки на 0,5 л води) лляної серветки, рушника або зробити холодне обгортання. На лоб хворого кладуть обгорнутий серветкою чи рушником міхур з льодом.

Замість міхура з холодною водою чи льодом при необхідності використовують мішечки з сухим льодом "Пінгвін", які попередньо охолоджують у морозильній камері. Дія цих мішечків зберігається 2-3 год, їх можна накладати на ділянку великих судин шиї, ліктьових згинів. Контролюють частоту пульсу і величину артеріального тиску. Часто стан серцево-судинної системи (особливо у хворих похилого віку) має вирішальне значення в прогнозі захворювання, тому необхідно вчасно призначати серцеві чи судинні засоби.

Висока температура і її значні коливання спричиняють виснаження хворого. Щоб підвищити опірність організму, необхідно давати хворому легкозасвоювані харчові продукти високої енергетичної цінності у рідкому чи напіврідкому вигляді (дієта № 13). У зв'язку із значним зниженням апетиту харчування повинно бути частим (5-6 разів), при цьому їжу слід давати невеликими порціями, краще у години зниженої температури. Для дезинтоксикації організму хворий потребує великої кількості рідини у вигляді фруктових і ягідних соків, дегазованої мінеральної води. Часто при високій температурі тіла виникають тріщини губ і кутків рота, які слід змащувати вазеліновою олією або гліцерином. Простерилізовані шпатель і пінцет з достатньою кількістю стерильних марлевих серветок вкладають на стерильний лоток. Ліки наливають у чашку Петрі. Затиснуту пінцетом серветку змочують ліками. Хворого просять відкрити рот і, користуючись шпателем, виявляють вражене місце слизової оболонки. До нього прикладають змочену ліками серветку. Для кожного місця ураження використовують свіжу стерильну серветку. Ротову порожнину споліскують або протирають слабким розчином натрію гідрокарбонату. Необхідно стежити за тим, щоб хворий не скидав ковдру, а у палаті не було протягів.

Лежачим хворим потрібен ретельний догляд за шкірою, який дасть змогу запобігти виникненню пролежнів. У разі виникнення запору ставлять очисну клізму. Хворому в ліжку подають судно і сечоприймач. При провітрюванні палати остерегаються протягів, хворого треба вкрити ковдрою, а голову прикрити рушником. Протягом періоду лихоманки хворому призначають ліжковий режим.

Перебіг періоду зниження температури тіла (III стадія) буває різний, бо воно може відбуватися швидко або поволі. Повільне зниження температури впродовж декількох днів називається лізисом. Швидке, протягом однієї доби (часто за 5-8 год), зниження температури з високих величин до нормальних і навіть субнормальних називається кризою. Критичне зниження температури може супроводжуватися гострою судинною недостатністю, що проявляється надмірним потовиділенням, блідістю шкіри, іноді з ціанозом, зниженням артеріального тиску, почастишанням пульсу і зменшенням його наповнення аж до ниткоподібного. Кінцівки стають холодними на дотик, шкіра покривається липким, холодним потом. При критичному зниженні температури тіла хворого медична сестра контролює властивості пульсу і величину артеріального тиску. При необхідності слід застосовувати засоби інтенсивної терапії, зокрема невідкладне введення судинних засобів (мезатон, кофеїн, адреналіну

гідрохлорид). Пацієнтові кладуть грілки до ніг, з-під голови забирають подушку або піднімають ножній кінець ліжка, дають пити гарячий чай чи каву. При надмірному потовиділенні хворого витирають, змінюють натільну і постільну білизну. На ніч залишають декілька запасних пар білизни для заміни мокрої.

При літичному зниженні температури тіла хворий відчуває загальну слабкість. Після того, як температура знизилась, він звичайно засинає.

Фізіотерапія

Фізичні методи лікування (фізіотерапія) – це галузь практичної медицини, яка оснований на використанні цілющих властивостей природних і штучних фізичних факторів у профілактиці і лікуванні гострих і хронічних захворювань.

Фізичні фактори приймаються у вигляді самостійного метода лікування, або частіше всього в комплексі з другими лікувальними засобами. Метою фізіотерапії є зменшення дози лікувальних речовин або їх повна заміна.

Механізм дії фізичних факторів на організм: благотворний вплив на обміні процеси в органах і тканинах, мікроциркуляцію і лімфообіг, що сприяє швидкому видаленню токсичних продуктів із місця запалення, відновленню фізіологічної діяльності організму. Місцем дії фізичних факторів є шкіра, слизові, різні органи та тканини, інші з них можуть діяти безпосередньо через центральну нервову систему. Подразнення шкірних рецепторів передається у ЦНС, а далі відповідна реакція до органу, відповідному цьому сегменту шкіри.

Таким чином, фізіотерапія є методом рефлекторно-сегментарної терапії. Механізм дії фізичних агентів рефлекторний, який реалізується скрізь взаємозв'язану нервово-гуморальну та гормональну системи регуляції. Завдяки рефлекторної дії на центральну нервову систему фізіотерапевтичні процедури сприяють нормалізації порушених недугою процесів збудження і гальмування, поліпшують обмін речовин, позитивно впливають на реактивність і чутливість організму до дії несприятливих факторів зовнішнього і внутрішнього середовища.

Загальні протипоказання до всіх видів фізіотерапії

1. Злоякісні та доброякісні пухлини (в т.ч. міоми).
2. Захворювання крові.
3. Схильність до кровотечі.
4. Вагітність.
5. Туберкульоз легень.
6. Серцева недостатність ІІ Б ст. і вище.
7. Гіпертонічна хвороба ІІ ст. і вище.
8. Захворювання нирок з порушенням її функції.
9. Гостра інфекція.

Технологія накладання гірчичників.

Гірчичники діють на шкіру пацієнта шляхом її подразнення та розширення кровоносних судин ефірною гірчичною олією.

Гірчичники необхідно зберігати в сухому теплому місці, термін зберігання від 8 до 11 місяців. Придатний гірчичник відрізняється від непридатного тим, що дає гострий запах гірчичної олії та не осипається. Ставити гірчичник можна на всі ділянки тіла. Перед вжитком потрібно змочити теплою водою (не вище 35⁰С), струсити та покласти на потрібну ділянку шкіри гірчицею донизу на 10-15 хв. Якщо у пацієнта підвищена чутливість шкіри, необхідно підкласти під гірчичник клаптик цигаркового паперу. Ні в якому разі не можна ставити гірчичник на газету, бо втрачається безпосередня дія гірчичної олії на шкіру.

Якщо гірчичник поставлений правильно, з'являються почервоніння шкіри та відчуття пекучості.

Необхідно пам'ятати, що при тривалому перебуванні гірчичника та при підвищеній чутливості шкіри можуть виникнути опіки. Знявши гірчичник, шкіру обмивають теплою водою, витирають насухо, пацієнта одягають і добре укривають.

Технологія накладання банок

Необхідне приладдя: банки не менш як 20 штук, вазелін, спирт, корнцанг з тампоном, пробірка для гасіння гнъоту.

Технологія процедури:

1. Змащення шкіри вазеліном,
2. Введення гнъоту в банку,
3. Зняття банок.

Показання: Застосовуються при запаленні бронхів, легенів, плеври, застійних явищах в легенях, запальних процесах в м'язах та нервових стовбурах.

Протипоказання: Банки не можна застосовувати при підвищеній чутливості шкіри та наявності шкірних захворювань, кровотечах, психічному збудженні та вираженому виснаженні, при пухлинному ураженні та туберкульозі легень.

Місце накладання банок. Частіше за все банки накладають на шкіру грудної клітки спереду та с заду, (виключаючи ділянку хребців, груднини, серця та молочних залоз), на шкіру поперекової ділянки зліва та справа від хребта, у вздовж кульшового нерву по задній поверхні стегна.

Техніка накладання банок: В невелику пласку коробку вміщують банки, протерті та перевірені відносно цілості і відсутності ушкоджених країв; банку із вазеліном; невеликий флакон зі спиртом або ефіром; металевий зонд з нарізкою на кінці; сірники.

Пацієнта кладуть у ліжко в зручній позі і оголюють відповідну частину тіла. Шкіра на місці прикладання банок повинна бути чистою і змащеною вазеліном, волосся на цьому місці бажано поголити.

Коробку з банками ставлять на табурет біля краю ліжка. В правицю сестра бере зонд, на кінці котрого закріплена вата. Ватний тампон змочується

спиртом або ефіром, віджимається. Флакон з рідиною повинен бути закритим і відставлений у бік. Змочений тампон підпалюється. В ліву руку беруть одну-дві банки і, нахилившись до пацієнта, швидким рухом вносять полум'я в банку, після чого банка отвором щільно прикладається до тіла. При цьому слід пам'ятати, що полум'я повинно лише зігріти повітря в банці, але не розжарювати її краї, бо це може призвести до опіку шкіри. За рахунок створеного розрідженого простору в банку зтягується шкіра і вона щільно прикріплюється до тіла.

Поставивши всі банки (кількість їх визначається розмірами ділянки тіла), пацієнта укривають ковдрою. Тривалість процедури 10-15 хвилин. Щоб зняти банку, потрібно однією рукою надавити на шкіру біля її краї. При цьому повітря потрапляє в банку і вона відділяється від тіла.

Знявши всі банки, необхідно видалити шар вазеліну зі шкіри за допомогою сухого або змоченого спиртом ватного тампону. По закінченні процедури пацієнту радять спокійно полежати в ліжку 30-40 хвилин.

Ускладнення. При попаданні краплі палаючого спирту на шкіру або при перегріванні країв банки на шкірі з'являються опіки. Якщо банки довго знаходяться на шкірі, на ній можуть виникати багрові плями з пухирями, виповнені рожевою прозорою рідиною. В цих випадках уражені ділянки шкіри потрібно обробити міцним (5-10%) розчином перманганату калію для створення сухих шкуринок. В подальшому лікування проводиться на розсуд лікаря.

Технологія накладання компресу.

Компрес - лікувальна багатошарова пов'язка, яка діє як відволікаючий та розсмоктуючий засіб.

Зігріваючий компрес викликає тривале розширення шкіряних та глибоко розміщених кровоносних судин. Зігріваючий компрес можна ставити на будь-яку ділянку тіла. Зігріваючий компрес складається з трьох шарів: - клаптя чистої марлі, змоченої в рідині кімнатної температури або 45⁰ спирті, добре віджатої,

- клейонки або вощеного паперу,
- вати.

Змочіть марльову серветку у рідині кімнатної температури або 45⁰ спирті, добре її віджміть. Вимийте руки, прикладіть серветку до поверхні тіла, зверху серветки покладіть компресний папір більшого ніж серветка розміру; зверху паперу покладіть шар вати, що повністю закриває два попередні шари; закріпіть компрес бинтом так, щоб він щільно прилягав до тіла, але не перешкоджав рухам. Тривалість застосування компресу повинна бути в середньому 6-8 годин, але не більше 12 годин.

Замінюють компрес вранці та ввечері. З метою запобігання подразнення шкіри місце накладення компресу при його заміні ретельно протирають теплою водою, підсушують теплим м'яким рушником і роблять перерву на 2 години. Для накладення нового компресу потрібно брати чистий матеріал.

Техніка постановки грілки

Грілка (сухе тепло) оказує місцевий зігріваючий ефект. При застосуванні грілки відбувається 1) рефлекторне розширення кровоносних судин шкіри і органів черевної порожнини; 2) подразнення шкірних рецепторів теплом та рефлекторно розслаблення м'язів внутрішніх органів, зниження порога больової чутливості і як наслідок – зменшення болю. Таким чином, основні дії сухого тепла грілки: миттєве зігрівання окремих ділянок тіла; зняття болю спастичного характеру; відволікаюча терапія.

Показання для застосування грілки: біль спастичного характеру (ниркові кольки, холецистит); хронічні захворювання органів черевної порожнини (виразкова хвороба); запальні інфільтрати; місцеве зігрівання окремих ділянок тіла (радикуліт, неврит) з метою відволікаючої терапії; порушення периферичного кровообігу (облітеруючий ендартеріїт, атеросклероз, хвороба Рейно).

Протипоказання: гострі запальні процеси в черевній порожнині («гострий живіт»), кровотечі різного походження, злоякісні та доброякісні пухлини, туберкульоз, тромбофлебіт, нагнійні та алергічні захворювання шкіри, перші години після травми, інфіковані рани, септичний стан хворого.

Необхідні матеріали для виконання навіку: гумова грілка, рушник або пелюшка, гаряча вода (t 60°-70° С), водний термометр, гумові рукавички, вазелінова олія.

Порядок виконання процедури:

1. Заповніть грілку на 2/3 об'єму гарячою водою (60°-70° С).
2. Випустіть з грілки повітря (поклавши грілку на горизонтальну площину і піднявши верхній кінець до появи у горловині води) і закрутіть корок. Витріть грілку насухо.
3. Перевірте грілку на герметичність, опустивши корком донизу.
4. Загорніть її в рушник і прикладіть до тіла отвором догори.
5. Через 5 хвилин проконтролюйте, чи немає яскравої гіперемії під грілкою, спитайте пацієнта про самопочуття.

Запам'ятайте! При тривалому застосуванні грілки, щоб запобігти гіперпігментації шкіри, місце накладання грілки потрібно попередньо змастити вазеліновою олією.

6. Заберіть грілку після того, як охолоне.

Електрична грілка має переваги перед водяною, бо вона сприяє поступовому наростанню теплової дії, тривалому застосуванню тепла, регулюванню необхідного рівня температури та рівномірного постійного тепла; вона м'яка і пластична. При користуванні електрогрілкою необхідно суворо дотримуватися правил техніки безпеки: перевірити цілість електричного шнура, слідкувати, щоб грілка не була вологою, не накривати грілку ковдрою (це загрожує перегріванням та виникненням пожежі), не залишати хворого у непристосованому стані.

Техніка застосування міхура з льодом.

Застосування холоду належить до лікувальних процедур шкіри. Холод на місці його прикладання спричиняє звуження дрібних судин не лише

шкіри, але й підлеглих тканин – зменшується прилив крові, сповільнюється кровообіг, знижується чутливість нервових рецепторів. Завдяки цьому *основні дії холоду*: протизапальне, зменшення болю, зупинка кровотечі.

Показання для застосування міхура з льодом: гострі запальні процеси, кровотечі, гіпертермія, після операцій, абортів, при укусах комах, забиття в перші години, в другий період гарячки.

Протипоказання – переохолодження організму, виснаження хворого, підвищена чутливість до холоду, паралічі, гостра затримка сечі, трофічні ураження шкіри, хвороба Рейно.

Необхідні матеріали: міхур з льодом, шматочки з льодом; рушник або пелюшка, лоток, пінцет. Мухін для льоду виготовляють з гуми або водонепроникної тканини з щільним корком.

Послідовність виконання процедури:

1. Покладіть міхур на столик, відкрийте корок, покладіть туди шматочки льоду або снігу, долийте холодної води, заповнивши міхур на 1/2-2/3 його об'єму.

2. Незаповнену частину міхура стисніть, витисніть повітря та закрутіть корок, витріть насухо міхур. Перевірте міхур на герметичність, опустивши його корком донизу.

3. Загорніть в рушник чи пелюшку заповнений міхур і прикладіть до місця застосування на 20-30 хв. при необхідності міхур використовують протягом тривалого часу: перерву роблять на 30-40 хв., а потім повторяють процедуру.

4. При необхідності маніпуляцію повторіть через кожних 10-15 хв.

5. Після закінчення процедури вилийте з пузиря воду, витісніть повітря, закрутіть корок.

Запам'ятайте! Не можна заморожувати воду, яка налита в міхур, в морозильній камері, оскільки поверхня утвореного конгломерату льоду велика, що може викликати переохолодження.

Основні види лікарських засобів та шляхи їх введення.

Лікувальний препарат в організм може потрапляти різними шляхами. Шляхи введення лікарських засобів визначаються швидкістю терапевтичного ефекту, його вираженістю і тривалістю. В деяких випадках від того, яким способом надійшла в організм ліки, залежить характер його дії, а значить, і наше одужання. Існує кілька основних методів введення лікарських засобів всередину, і кожен з них має свої плюси і мінуси. Перед тим як розібратися, який шлях введення вибрати, потрібно точно знати, які форми медикаментів існують.

Лікарські форми препаратів:

1. Розчини – це рідка форма препарату. Вони являють собою лікарську речовину, розведене у воді, спирті, гліцерині або іншому розчиннику. Але варто пам'ятати про те, що якісний і незіпсована розчин повинен бути прозорим, ніякого мутного осаду або сторонніх частинок. Їх можуть застосовувати як для парентерального, так і для ентерального введення.

2. Відвари і настої – ці кошти готуються з рослинної сировини. Але варто пам'ятати, що вони довгий час не зберігаються, не більше 3 діб у прохолодному і захищеному від сонячних променів місці.

3. Таблетки – це тверда форма препаратів, яку отримують шляхом пресування. В основному їх приймають всередину, але можливий і зовнішній шлях введення лікарських засобів, якщо їх подрібнити в порошок.

4. Драже – це ще один різновид твердої форми лікарських засобів, їх створюють методом нашарування основного речовини на гранулу. Використовують для прийому всередину.

5. Капсули – тверда форма ліки, являє собою таблетку, вкриту оболонкою з желатину або іншої речовини. Найчастіше в капсулах укладені ліки з гірким присмаком або специфічним запахом, завдяки оболонці значно полегшується прийом цих засобів. До того ж вона дозволяє захистити речовина від швидкого руйнування в травному тракті.

6. Свічки – це дозована форма препарату, яка при кімнатній температурі залишається в твердому вигляді, але при цьому розплавляється всередині тіла людини. Якщо розглядати введення лікарських засобів, шляхи для свічок виділяють двох видів – ректальний і вагінальний.

7. Пластир – це пластична форма кошти, що під впливом температури тіла розм'якшується і легко прилипає до шкірного покриву. Підходить тільки для зовнішнього застосування.

8. Мазі – засіб в'язкої консистенції, використовують в основному для зовнішнього застосування. Вони обов'язково повинні містити у своєму складі близько 25% сухих речовин.

Види ентерального введення

Ентеральної шлях введення лікарських засобів вважається одним з найбільш зручних і безпечних. Існує декілька підвидів цього шляху: пероральний, сублінгвальних, ректальний.

1. Пероральний - прийом всередину – це один із найпростіших методів, саме тому його найчастіше призначають лікарі. Всмоктування ліків, що надійшли таким способом, відбувається в основному шляхом дифузії в тонкому кишечнику, в рідкісних випадках – в шлунку. Ефект від застосування помітний через 30-40 хвилин. Саме з цієї причини для екстреної допомоги такий спосіб не годиться. Швидкість і повнота всмоктування залежить від прийому їжі, її складу і кількості. Таким чином, якщо випити натщесерце ліки, то всмоктування слабких підстав поліпшується, оскільки кислотність в шлунку низька, а ось кислоти краще засвоюються після прийому їжі. Але є і такі препарати, наприклад, «Кальцію хлорид», які, потрапляючи в організм

після прийому їжі, можуть утворювати нерозчинні кальцієві солі, що обмежує можливість всмоктування їх в кров.

2. Сублінгвальний - ліки кладуть під язик, завдяки великій мережі капілярів в слизовій оболонці, засвоюється дуже швидко. Ефект настає вже через кілька хвилин. Такий метод введення найчастіше використовують для застосування «Нітрогліцерину» при стенокардії, «Клофеліну» і «Ніфедипіну» для усунення гіпертонічного кризу.

3. Ректальний використовують не дуже часто. В основному його застосовують, якщо у пацієнта є захворювання ШКТ, або ж якщо він знаходиться в несвідомому стані.

Ентеральне введення: переваги та недоліки

Всі шляхи і способи введення лікарських засобів мають свої плюси, у ентерального вони також є:

1. Простота і зручність у застосуванні.
2. Природність.
3. Відносна безпека для пацієнта.
4. Не вимагає стерильності, спостереження з боку медперсоналу.
5. Можливість тривалої терапії.
6. Комфортність для хворого.

Недоліки ентерального шляху введення лікарських засобів:

1. Ефект настає повільно.
2. Низька біодоступність.
3. Різна швидкість і повноту всмоктування.
4. Вплив прийому їжі та інших компонентів на процес всмоктування.
5. Неможливість застосування пацієнтами в несвідомому стані.
6. Небажано використовувати хворим, у яких є патології шлунка і кишечника.

Види парентерального введення препаратів

Парентеральний шлях введення лікарських засобів передбачає введення препаратів, не залучаючи у цей процес травну систему. Його можна розділити на кілька видів.

В тканині:

1. Внутрішньошкірно – цей метод в основному використовують з метою діагностики, наприклад на алергічні проби Бюрне або ж для місцевого знеболювання.

2. Підшкірно – застосовують, якщо потрібно отримати максимальний ефект від препарату. Це досягається завдяки тому, що підшкірно-жировий шар добре забезпечений судинами, і це сприяє швидкому всмоктуванню.

3. Внутрішньом'язово – використовують, якщо підшкірне введення викликає роздратування або біль, а також коли препарат сам по собі повільно всмоктується.

4. Внутрішньокісткової – цей метод використовують рідко, в основному при обширних опіках та деформації кінцівок, коли інші варіанти не вдається застосувати.

В судини:

1. Внутрішньовенно – цей метод використовують для введення великої кількості ліків і деяких препаратів, які мають таку вимогу до використання.

2. Внутрішньоартеріально – застосовують при термінальних станах, що обумовлені шоком, великою втратою крові, асфіксією, травмуванням електричним струмом, інтоксикацією та інфекціями.

3. В лімфатичні судини – цей метод використовують для того, щоб ліки не потрапили в печінку і нирки, для забезпечення більш точного потрапляння до місця вогнища захворювання.

Через порожнини:

1. Плевральну.

2. Черевну.

3. Серця.

4. Суглобову.

Парентеральне введення: плюси і мінуси

Переваги:

1. Такий метод дозволяє ввести препарат в обхід травного тракту, що дуже важливо для пацієнтів із серйозними патологіями шлунка.

2. Швидкість дії необхідна в екстрених ситуаціях.

3. Максимальна точність дозування.

4. Надходження препарату у кров у незміненому вигляді.

Недоліки:

1. Обов'язково препарат повинен вводити навчений медичний працівник.

2. Вимагається дотримання асептики і антисептики.

3. Утруднене і навіть неможливе введення ліків при кровоточивості, ушкодженнях шкірних покривів у місці ін'єкції.

Інгаляції

Інгаляційний шлях введення лікарських засобів дозволяє використовувати в лікуванні аерозолі, гази (летючі антисептики) та порошки (хромогликат натрію). При такому способі введення препарати швидко потрапляють всередину і надають свою лікувальну дію. Крім того, легко забезпечується керування концентрацією кошти в крові – припинення інгаляції веде до припинення дії ліків. За допомогою вдихання аерозолію концентрація в бронхах дуже висока при мінімальному системному ефекті.

Але варто пам'ятати і про те, що наскільки б інгаляція не була ефективною, вона не дозволяє застосовувати подразнюючі речовини. Також треба мати на увазі, що інгаліруемые препарати можуть впливати на оточуючих (наприклад, наркоз).

Плюси і мінуси інгаляційного введення

Переваги:

1. Діє безпосередньо в самому місці патології.

2. Ліки легко проникає до місця запалення, при цьому мине печінка в незміненому вигляді, що зумовлює його більшу концентрацію в крові.

Недоліки:

1. Якщо сильно порушена бронхіальна прохідність, то лікарський засіб, погано проникає у вогнище хвороби.

2. Препарати можуть подразнювати слизову оболонку носа, рота і горла.

Основні шляхи введення лікарських засобів розглянуті, але є й інші, які в деяких випадках можуть стати незамінними.

Ректальний, вагінальний і уретральний шляхи введення препаратів.

Якщо порівнювати ректальний шлях введення препаратів з прийомом через рот, то можна точно сказати, що ефект від першого методу настає значно швидше. Препарат швидко всмоктується в кров, не руйнуючись при цьому під дією ферментів травного тракту і печінки.

Ректально в організм вводять свічки, мазі, а також інші форми препаратів, попередньо розтерті в порошок і розведені, при цьому використовують клізми. Але варто пам'ятати, що розчин, введений ректально, дасть ефект набагато швидше, ніж свічка. Об'єм клізми для дорослих становить від 50 до 100 мл, а для дітей – від 10 до 30 мл. Але у цього методу введення препаратів є недоліки:

1. Незручне застосування.

2. Особливі коливання швидкості і повної картини всмоктування.

Саме тому ректальний шлях введення рекомендують використовувати тільки в тих випадках, коли ускладнено пероральне введення, коли потрібно, щоб препарат швидко потрапив у кров, а ін'єкції робити протипоказано по тим або іншим причинам.

Вагінальний і уретральний методи дозволяють вводити будь-яку форму препаратів. Але обидва ці способи дають найкращий результат, якщо застосувати їх для лікування інфекцій у зазначених органах або для проведення діагностики, наприклад для введення контрастних речовин, таких як "Йодамід", "Тріомбраст" та інших.

Спинномозковий та внутрішньочерепний шляхи введення.

У дуже рідкісних випадках використовують спинномозкові та внутрішньочерепні (субокципитальні, субарахноїдальні, субдуральні і інші) ін'єкції. Пов'язано це здебільшого з тим, що вводити такими методами препарат повинен тільки кваліфікований фахівець. Подібні способи вимагають використання тільки стерильних, абсолютно прозорих істинних водних розчинів з нейтральною реакцією. Дія настає дуже швидко.

Трансдермальні терапевтичні системи

Останнім часом все частіше з'являються лікарські препарати в новій формі. Трансдермальні терапевтичні системи (ТТС) – одна з них. Вони являють собою м'яку дозовану форму, призначену для зовнішнього застосування з повільним вивільненням лікарської речовини. Сучасні ТТС – це плівки і пластирі, які були виготовлені із застосуванням ультрасучасних технологій і дуже зручні в застосуванні: пластир приклеюють на шкірний покрив, а

плівку закладають за щоку. При цьому основна речовина всмоктується в кров через шкіру або слизову.

Переваги

1. Ліки діють прискореними темпами.
2. Препарат надходить у кров поступово без перерви, що дозволяє забезпечити стабільний рівень основної речовини.
3. Неприємні відчуття повністю виключені, це стосується і блювотних позивів, і болі від ін'єкцій.
4. Повна відсутність небажаних ефектів з боку травного тракту.
5. Зниження частоти прояви алергії.
6. Можливість швидкої відміни препарату, якщо раптом є протипоказання.
7. Точне дозування.
8. Можливість доставки медикаментів в потрібну частину організму.

Правила зберігання та обліку медикаментозних засобів і медичного інструментарію у маніпуляційному кабінеті.

В залежності від фармакологічних особливостей ліків, на посту вони зберігаються у різних умовах.

Лікарські засоби з обмеженим терміном придатності (мікстури, настої, відвари, вакцини, очні краплі) зберігають у холодильнику.

Медсестра повинна стежити за терміном зберігання ліків. Вона повинна перевіряти аптечні етикетки, на яких зазначені терміни зберігання кожного ліку.

- настої і відвари зберігаються у холодильнику до 3-х діб
- мікстури – до 5-ти діб
- очні краплі – до 3-х діб
- розчин пеніциліну для ін'єкцій – до 1 доби
- стерильні розчини у флаконах – до 10 діб
- таблетовані та порошкоподібні форми – у спец. шафах на відповідних полицях
- ампульні препарати – в металічних шафах з маркуванням за їх механізмом дії на організм.

Для зберігання **отруйних та наркотичних засобів (група А) та сильнодіючих препаратів (група Б)** використовують спеціальні шафи, які мають відповідні відділи. На внутрішній частині дверцят, які повинні закриватися на ключ, розміщують перелік препаратів, які знаходяться у шафі. Ключ знаходиться у постової медсестри і передається по зміні під розписку. Також передаються дані стосовно кількості використаних і невикористаних наркотичних та сильнодіючих засобів – на посту ведеться книга обліку цих речовин, яка повинна бути прошнурованою і пронумерованою. Книгу підписує головний лікар і скріплює печаткою лікувальної установи.

Правила зберігання та обліку медикаментозних засобів регламентуються наказом МОЗ України №584 від 16.12.2003 року «Про затвердження правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах».

Будова та види шприців.

Шприц складається з циліндра, на якому нанесено поділки, і поршня. Один кінець циліндра закінчується конусом для насадки муфти голки, другий, відкритий,— для введення поршня. Поршень насаджений на стрижень з рукояткою. На поршні є рухома знімна кришка, яка фіксує поршень у циліндрі. Шприц типу "Рекорд" має скляний циліндр, інші його частини металеві. Усі складові частини шприца Люера скляні.

Комбінований шприц має металевий конус для насадки голки, але без обідка на циліндрі біля великого отвору. Поршень скляний.

Зараз широко застосовують шприци одноразового використання, які стерилізують у заводських умовах.

Випускають також шприци-тюбики, які в заводських умовах заповнюють лікарськими препаратами і стерилізують.

На циліндрі інсулінових шприців, крім поділок у мілілітрах, нанесені поділки в одиницях дії інсуліну (з розрахунку — в 1 мл 40 ОД інсуліну). Виробляють також комбіновані шприци для введення інсуліну з розрахунку 40 ОД інсуліну в 1 мл, а з іншої сторони — з розрахунку 100 ОД інсуліну в 1 мл.

Ємкість шприців від 1 до 20 мл (1, 2, 5, 10, 20 мл). Вибір шприца залежить від виду ін'єкції та кількості ліків, які потрібно ввести.

У медицині широко використовують шприц Жане ємкістю від 50 до 200 мл для промивання порожнин, а також гортанний шприц.

Види голок.

Ін'єкційна голка — порожниста вузька металева трубка, виготовлена з нержавіючої хромонікелевої сталі, один кінець якої косо зрізаний і загострений, а на другому кінці щільно закріплена муфта з латуні. Для внутрішньошкірних ін'єкцій використовують голки завдовжки 15 мм і діаметром 0,4 мм. Для підшкірних ін'єкцій — голки завдовжки 20 мм і діаметром 0,4 — 0,5 мм. Для внутрішньом'язових ін'єкцій — завдовжки 60 мм і діаметром 0,8 — 1 мм, для внутрішньовенних — завдовжки 40 мм і діаметром 0,8 мм. Голки потрібно використовувати суворо за призначенням.

Останнім часом дуже широко використовують одноразові шприци, що мають різну ємкість, голки різного діаметра та відповідної довжини.

Для масового підшкірного, внутрішньом'язового (в/м) і внутрішньошкірного (п/ш) введення сироваток, вакцин та розчинів лікарських речовин застосовують гідравлічні, механічні, пневмогідравлічні та пневматичні безгольчасті ін'єктори, які дозволяють разово ввести дозу від 0,1-0,5 до 1-1,5 мл.

Для ін'єкцій лікарських засобів при наданні невідкладної допомоги застосовують шприц-тюбик.

ТЕХНОЛОГІЯ ВИКОНАННЯ ІН'ЄКЦІЙ

Ін'єкційний спосіб введення в організм лікарських препаратів характеризується рядом особливостей. Одна з них полягає у порушенні цілісності тканин у місці введення препарату, що погребує дотримання суворих правил асептики. Друга особливість пов'язана з використанням спеціальних приладів, до яких відносяться шприци та голки.

До початку процедури, тобто до початку збірки шприца, медична сестра повинна ретельно вимити руки з милом теплою проточною водою, а після того, не витираючи рушником, щоб не порушити відносної стерильності, добре протерти їх спиртом. Вимитими руками медсестра не повинна доторкуватися до сторонніх предметів.

Простерилізовані предмети слід брати тільки стерильними пінцетами. Збирають шприца таким чином: тримаючи пінцет у правій руці, захватують циліндр та перекладають у ліву руку, далі пінцетом беруть за поршень та вставляють обертальними рухами у циліндр, пінцетом у правій руці беруть голку за муфту, насаджують її на шприца та добре притирають, перевіряють прохідність голки, проводячи через неї повітря або стерильний розчин, притираючи муфту вказівним пальцем.

Перш ніж набрати в шприц лікарську речовину, необхідно уважно прочитати її назву, щоб переконатися у її відповідності призначенню. Для кожної ін'єкції потрібно дві голки, одна для набору розчину в шприц, друга - для ін'єкції. Заміна голок забезпечує дотримання стерильності. Шийку ампули або гумову пробку флакону попередньо протирають стерильною кулькою зі спиртом. Вузьку частину ампули надпилюють та кулькою, якою протирали ампулу, надломлюють її. Ампулу беруть у ліву руку, правою рукою в неї вводять голку, надіту на шприца; відтягуючи поршня, поступово набирають у шприца потрібну кількість вмісту ампули або флакону, по мірі потреби нахилиючи їх. Бульбашки повітря, що знаходяться у шприці, необхідно видалити. Для цього шприц повертають вертикально догори, притримуючи поршень мізинцем, а голку вказівним пальцем. Натискаючи на поршень поступово виштовхують зі шприці повітря.

Доставка шприца, підготовленого до ін'єкції в палату до пацієнта, виконується в стерильному лоточку або кюветі, вкритому стерильною пелюшкою. Категорично забороняється одягати на голку вату, змочену спиртом, через те, що волокна вати можуть спричинити підшкірний інфільтрат та нагноєння.

ПІДШКІРНІ ІН'ЄКЦІЇ

Найбільш зручними ділянками для підшкірного введення є зовнішня поверхня плеча, під-лопатковий простір, передньозовнішня поверхня стегна, бокова поверхня черевної стінки. На цих ділянках шкіру легко захопити у складку, таким чином відсутня небезпека пошкодження кровоносних судин, нервів та окістя. Не рекомендується вводити лікарські речовини в місця з на-

бряками підшкірно жирової клітковини чи в затвердіння від попередніх ін'єкцій. Перед ін'єкцією шкіру протирають стерильною ватною кулькою, змоченою спиртом чи розчином АХД, лівою рукою збирають її в складку трикутної форми, основою до-низу, правою рукою беруть шприца та притримують голку та поршня, швидким рухом вколюють голку в основу трикутника під кутом 45 градусів, на глибину 1 -2 см, переконавшись, що кінчик голки пройшов крізь шкіру та знаходиться у підшкірній клітковині, по-вільно вводять розчин. Після того лівою рукою прикладають до місця проколу тампон, змочений спиртом, притримуючи за муфту, швидко витягають голку зі шприцом, місце прикола злегка масажують ваткою для того, щоб введені ліки не витікали назад та швидко розсмоктувались. Після ін'єкцій можливе утворення підшкірного інфільтрату, який частіше з'являється введення не підігрітих олійних розчинів, а також у тих випадках коли не дотримуються правил асептики та антисептики.

При виявленні медичною сестрою ущільнення або почервоніння шкіри в місці проколу необхідно поставити зігріваючий компрес з 45 градусним розчином спирту, пок-ласти грілку та звернути на це увагу лікаря.

ТЕХНОЛОГІЯ ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗОВИХ ІН'ЄКЦІЙ

Виконувати в/м'язові ін'єкції необхідно в певних місцях тіла, де є значний шар м'язової тканини і близько не підходять великі судини і нервові стовпи. Найбільш вдалимими місцями є м'язи сідниці, живота і стегон. Для в/м ін'єкцій користуються шприцом і голкою довжиною 8-10 см. Для в/м ін'єкцій в стичну область використовують тільки верхньозовнішню її частину, і що найбільше віддалена від нервів і великих кровоносних судин. Умовно поділяють сідницю на чотири частини і проводять ін'єкцію в верхньозовнішній квадрант (1/4 кола). Підготовку шприца, рук сестри і шкіри пацієнта проводять по загальних правилах асептики. Шприці тримають правою рукою, другий палець притримує поршень, четвертий муфту голки, інші пальці - циліндр. Положення шприца перпендикулярне до по-верхні тіла пацієнта. Шкіру навкруги місця проколу натягують лівою рукою. Рішучим рухом правої руки вколюють голку на глибину 7-8 см, залишаючи 1 см над муфтою, тому що в цих місцях голка частіше ламається. Після цього необхідно потягнути поршень на себе і впевнитись, що голка не знаходиться в кровоносній судині (інакше кров з'явиться в шприці), і тільки тоді, натискуючи на поршень, поступово витискають розчин до кінця. Видалити голку необхідно швидким рухом, притискуючи до шкіри ватний тампон, змочений в спирті. При в/м введенні ліків в стегно, шприц необхідно тримати, під кутом, щоб не пошкодити окістя.

При використанні нестерильних шприців та голок, неточному виборі місця ін'єкції, недо-статньо глибокому введенні голки і попаданні ліків в судини можуть виникнути різні ускладнення: післяін'єкційні нагноєння, пошкодження нерву, медикаментозна емболія, злом голки і т.ін.

ТЕХНОЛОГІЯ ВИКОНАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННИХ ІН'ЄКЦІЙ

Венепункція проводиться для в/в введення ліків і забору крові на аналіз. Частіш за все пунктується вена ліктьового згину, а за необхідністю і інші вени на тильній поверхні китиці (вени нижніх кінцівок не слід використовувати з-за небезпеки утворення тромбоф-лебіту).

1. Пацієнт може сидіти або лежати.
2. Рука максимально розігнута в ліктьовому суглобі, під ліктьовий згин підкладається щільний цератний валик або рушник.
3. На плече, вище ліктьового згину та 10 см, достатньо туго на рукав одягу пацієнта або рушник накладається джгут, щоб здавити вени, але не порушити артеріальний кровообіг, при цьому пульс на променевій артерії повинен добре прослуховуватись.
4. Пацієнт декілька разів стискає та розтискає кулак для поліпшення наповнення вени.
5. Шкіру ліктьового згину обробляють стерильною ватною кулькою, змоченою 70 градус-ним розчином спирту або АХД 2-3 рази в одному напрямку зверху до низу, розмір ін'єк-ційного поля 4-8 см.
6. Вибирають найбільш вдалий для пункції венозний стовбур, після того кінчиком пальця лівої руки трохи зміщують у бік передпліччя, фіксуючи вену.
7. Приготовлену для пункції голку тримають у правій руці.
8. При наявності досвіду мед. сестра одномоментно проколює шкіру над веною та стінку самої вени або прокол проводиться у два етапи - спочатку проколюється шкіра, потім голка проводиться до стінки вени і робиться прокол вени. Ко-ли переконались, що голка у вені потрібно потягнути поршня шприца на себе, шприц перекладаємо в ліву руку, а правою другим і третім пальцями тримаємо циліндр та пер-шим пальцем тиснемо на поршень та вводи-мо ліки не до кінця, залишаючи бульбашки повітря у шприці, потім рукою до місця проколу прикладаємо кульку зі спиртом, а правою рукою витягуємо голку з вени. Руки згинають в ліктьовому суглобі на декілька хвилин.

ТЕХНОЛОГІЯ ЗАПОВНЕННЯ СИСТЕМИ ДЛЯ В/В ІНФУЗІЙ

В/в-інфузії застосовуються для введення в організм великої кількості трансфузійних засобів. Вони виконуються для відновлення об'єму циркулюючої крові, дезінтоксикації організму, нормалізації обмінних процесів в організмі, для підтримання життєдіяльності організму. Підготовка системи для в/в зводиться до наступного:

1. Ретельно миють руки теплою водою з милом, обробляють спиртом.
2. Знімається з флакону металева кришка з об-катки флакону, обробляється гумова пробка ' стерильною кулькою, змоченою спиртом.
3. Проколюють короткою голкою системи пробку і вставляють "повітрянку" (довжина голки повинна бути не менше за висоту судини).
4. Флакон перевертають та закріплюють на штативі для в/в крапельно-го вливання.

5. Через коротку голку рідина потрапляє в систему, кінець довгої голки повинен знаходитися вище рівня рідини у дні флакону, через неї потрапляє у флакон повітря.

6. Щоб заповнити розчином всю систему та витиснути з неї повітря, кінець трубки з канюлею тримають вище перевернутої крапельниці.

Крапельницю заповнюють на одну третину і перевертають її у робочий стан та повільно заповнюють нижній відрізок системи до витікання розчину із канюлі. Стежать затим, щоб у системі не залишилось бульбашок повітря.

У вену вводять голку, знімають або відкривають затискувач та під'єднують до канюлі голку, стежать протягом декількох хвилин чи не з'явиться припухлість навколо вени та болючість. Якщо все зроблено правильно, голку обережно фіксують до шкіри лей-копластиром та закривають її стерильною серветкою.

Після використання системи одноразові та багаторазові знезаражуються 3% р-ном хлораміну або хлорного вапна протягом години. Попередньо роз'єднують багаторазові системи на окремі частини, потім промивають проточною водою та здають в ЦСВ.

ПРАВИЛА ДОГЛЯДУ ЗА ПІДКЛЮЧИЧНИМ КАТЕТЕРОМ

Якщо у пацієнта є підключичний катетер, необхідно:

- в/в вливання проводити шляхом проколювання пробки голкою, передчасно оброблюючи її спиртом;

- після кожного вливання заповнити катетер розчином гепарину (0,1-0,2 мл гепарину на 5 мл фіз.розчину), проколоти пробку тонкою голкою, видалити голку зі шприцом, не знімаючи пробку;

- кожного дня обробляють шкіру навколо катетеру спиртом та накладають асептичну пов'язку.

Туберкулінова проба (реакція Манту, проба Пірке, туберкулінодіагностика, tuberculin skin-test, PPD test) — імунологічний тест, внутрішньошкірне введення туберкуліну, що дозволяє виявити специфічну імунну відповідь організму. Наявність вираженої шкірної реакції (гіперемія), як правило, свідчить про наявність збудженого стану імунної системи, тобто організм активно взаємодіє зі збудником туберкульозу — паличкою Коха.

В місці введення препарату під шкіру виникає специфічне запалення (папула), викликане інфільтрацією Т-лімфоцитів — специфічних клітин крові, відповідальних за клітинний імунітет. Туберкулін ніби притягує до себе лімфоцити із розташованих поблизу кровоносних судин шкіри.

Реакція Манту протипоказана як для дітей, так і для дорослих у випадках:

- шкірні захворювання

- гострі та хронічні інфекційні і соматичні захворювання в стадії захворювання (проба Манту ставиться через 1 місяць після зникнення всіх клінічних симптомів або відразу після зняття карантину)

-алергічні стани (атопія в анамнезі, Бронхіальна астма, Атопічний дерматит)

-епілесія

Внутрішньошкірна проба Манту виконується в такій послідовності:

1. Ампулу з препаратом ретельно витріть марлею, змоченою 70° етиловим спиртом, далі шийку ампули підпиляйте і відламайте.

2. Стерильним шприцем, котрим виконується проба Манту, і голкою № 0845 наберіть 0,2 мл туберкуліну, залишивши голку у флаконі до повної витрати туберкуліну, але не більше, ніж на 2 год.

3. Надіньте на шприц голку № 0415 так, щоб її зріз і поділи шкали знаходились на одному рівні..

4. Видаліть із шприца пухирець повітря і надлишок розчину, залишивши в шприці точно 0,1 мл туберкуліну.

5. Обробіть середню третину передпліччя спиртом (у парний рік - праве, у непарний рік - ліве), фіксуючи шкіру натягом, уведіть кінець голки до епідермісу так, щоб зріз голки сховався під його тонким шаром.

6. Уведіть внутрішньошкірно 0,1 мл розчину туберкуліну.

7. При правильно виконаній внутрішньошкірній пробі на місці уведення туберкуліну утвориться папула з поверхнею у вигляді «лимонної шкірки» розміром 6-7 мм.

8. Через 72 год після постановки проби виміряйте поперечний до осі руки діаметр інфільтрату за допомогою прозорої лінійки.

Проведення проби на чутливість до лікарського препарату.

Медична сестра повинна приготувати до роботи: руки, стерильний шприц, набрати з ампули чи флакона необхідний лікарський засіб(згідно листка лікарського призначення), місце проведення проби.

Спочатку м/с проводить нашкірну або крапельну пробу. На підготовлену шкіру крапає лікарський засіб та зчитує (перевіряє) результат через 20 хв. При відсутності змін(почервоніння, свербіж, набряк) проводить скарифікаційну пробу. Наносить на шкіру крапельку лікарського засобу і через нього скарифікатором (а в разі його відсутності – стерильною голкою) проводить дві насічки розміром в 1 см. Результат перевіряє через 20 хв. При відсутності змін – проводить внутрішньошкірну пробу, вводячи 0,1 мл необхідного лікарського засобу. Через 20 хв знову перевіряє результат.

За наявності позитивного результату (почервоніння, набряк чи припухлість будь-якого розміру, свербіж шкіри), на місці проведення проби медична сестра повинна:

- доповісти лікарю про позитивний результат проведення проби,
- довести до відома самого пацієнта, що у нього до даного препарату позитивна реакція,
- зробити відмітку у листку лікарських призначень та

- зробити відмітку на титульній сторінці „Стаціонарної карти пацієнта”, вказавши назву препарату, дату проведення проби та прізвище м/с яка проводила пробу.

При виконанні внутрішньошкірної ін'єкції, при порушеннях правил асептики та антисептики можуть розвиватися такі ускладнення, як: інфільтрат, росисте запалення (бешиха), рідко спостерігаються алергічні реакції.

Ускладнення при виконанні ін'єкцій

При виконанні ін'єкцій потенційно можливе виникнення ускладнень: поява інфільтрату, абсцесу, інфікування організму, медикаментозна емболія, алергічні реакції та ін.

Інфільтрат - накопичення в тканини клітинних елементів, крові, лімфи, яке супроводжується місцевим ущільненням і збільшенням обсягу тканин. Це найбільш часте ускладнення підшкірних і внутрішньом'язових ін'єкцій, виконаних з порушенням техніки введення ліків.

Причини виникнення: постійне введення ліків у одну і ту саму ділянку; уведення невідігрітих олійних розчинів; грубе порушення правил асептики на етапі підготовки та під час виконання ін'єкцій.

Ознаки: місцева гіперемія, гіпертермія, набряк, відчуття болю. При своєчасному лікуванні інфільтрат може розсмоктатись, у гіршому випадку — ускладнитися розвитком абсцесу.

Лікування. На ранній стадії розвитку інфільтрату накладають двошаровий зігрівальний компрес із розчином фурациліну 1:5000 і маззю Вишневського. Можна застосовувати водно-спиртовий, олійно-спиртовий компреси. Призначають також фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, УФ-опромінення). Якщо інфільтрат виник після введення антибіотика, то на шкіру наносять йодну сітку.

Профілактика. Треба постійно змінювати ділянку тіла для ін'єкцій, не вводити одноразово великий об'єм ліків, підігрівати олійні розчини, суворо дотримуватися виконання правил асептики. Інфільтрат при внутрішньовенних ін'єкціях утворюється при попаданні ліків у підшкірну основу. Щоб запобігти цьому, необхідно потягнути поршень на себе і переконатися, що голка знаходиться у вені. Крім того, під час введення препарату треба стежити, щоб у місці ін'єкції не утворювалось «здуття», що свідчить про надходження розчину в підшкірну основу. В разі попадання під шкіру деяких розчинів (наприклад, 10 % розчину хлориду кальцію) виникає сильний біль. Необхідно відразу шприцом відсмоктати розчин, що попав під шкіру, місце ін'єкції обколоти 0,25 — 0,5 % розчином новокаїну і накласти зігрівальний компрес.

Абсцес – гнійне запалення м'яких тканин з утворенням порожнини. Його утворення може бути наслідком недостатнього знезараження місця проведення ін'єкції, застосування забруднених голок та ін. Лікування абсцесів найчастіше хірургічне.

Передача інфекції (вірусний гепатит, СНІД) також відбувається при використанні недостатньо стерильних шприців.

Медикаментозна емболія спостерігається іноді при підшкірних ін'єкціях масляних розчинів або при внутрішньом'язових ін'єкціях, коли порушується техніка введення ліків. Проявляється вона раптовим болем у ділянці серця, ядухою, кашлем, ціанозом верхньої половини грудної клітки. Це небезпечне ускладнення, яке може призвести до загибелі хворого. Тому олійні розчини необхідно вводити лише тоді, коли переконалися, що не попали в кровоносну судину.

Жирова емболія легеневих судин виникає при помилковому введенні медикаментів, призначених для внутрішньо-м'язового або підшкірного введення, наприклад розчину камфори в олії. Проявляється вона раптовим болем у ділянці серця, ядухою, кашлем, ціанозом верхньої половини грудної клітки.

Непритомність — раптове короткочасне потьмарення свідомості, яке зумовлене гострою ішемією головного мозку.

Тактика медичного працівника в разі виникнення непритомності: пацієнтові надати положення лежачи з піднятими ногами і трохи опущеною головою (щоб збільшити прилив крові до головного мозку), побризкати обличчя холодною водою, дати понюхати на ватному тампоні розчин аміаку (нашатирного спирту), звільнити від тісного одягу грудну клітку (розстебнути комірць, пояс). У більш тяжких випадках внутрішньом'язово ввести кордіамін 2 мл або 1—2 мл 10 % розчину кофеїн-бензоату натрію.

Профілактика: не виконувати ін'єкції пацієнтам у положенні стоячи.

Запаморочення, колапс, аритмії можуть бути наслідком швидкого введення ліків.

Потрапляння відламаної голки в тканини. Унаслідок дефекту виготовлення ін'єкційна голка під час її уведення у м'які тканини може раптово відділитися від муфти.

Тактика: уламок голки швидко видалити із тканин пальцями руки. Якщо сталося так, що голка повністю знаходиться в тканинах, то потрібно з двох сторін затиснути рукою місцезнаходження голки, щоб вона не перемістилась глибше внаслідок скорочення м'язів, і негайно викликати лікаря, бажано хірурга, тому що при такому ускладненні потрібне термінове хірургічне втручання.

Профілактика: при виконанні внутрішньом'язових ін'єкцій голку потрібно уводити в тканини на 2/3 її довжини. При більш глибокому введенні голки треба негайно її видалити на потрібну довжину.

Некроз тканини може виникнути в результаті помилкового уведення в тканини гіпертонічних розчинів (10 % розчину кальцію чи натрію хлориду). Змертвіння тканин також може настати при паравенозному потрапленні в тканини цих розчинів при виході голки із вени, а також попаданні концентрованих йодумісних рентгеноконтрастних препаратів (білігност, урографін та ін.). При цьому виникає пекучий біль у ділянці ін'єкції.

У таких випадках треба терміново обколоти місце ін'єкції 20 мл 0,25 % або 0,5 % розчину новокаїну (перед уведенням зібрати алергологічний анам-

нез) або ізотонічного розчину натрію хлориду і накласти зігрівальний компрес.

Профілактика: перед введенням лікарського препарату необхідно уважно читати етикетку і бути впевненим у тому, що гіпертонічний розчин того чи іншого препарату ви вводите в вену.

Пошкодження нервового стовбура може бути при неправильному визначенні верхньозовнішнього квадранта сідниці. Це небезпечне ускладнення може призвести до парезів та паралічів.

Профілактика: правильно вибрати анатомічну ділянку для ін'єкції. При введенні ліків в окістя визначається стійкий біль у місці ін'єкції. У такому випадку необхідно голку відтягнути назад.

Повітряна емболія може виникнути при попаданні пухирців повітря в судину із шприца або системи. Клінічно повітряна емболія проявляється раптовою непритомністю, судомами, падінням артеріального тиску. У такому разі потрібно опустити головний кінець, а нижній підняти, негайно викликати лікаря.

Профілактика: своєчасно видалити із шприца або із нижньої частини системи пухирці повітря.

Тромбофлебіт — запалення стінок вен з утворенням у них тромбів унаслідок хімічного подразнення стінки вени лікарською речовиною. За ходом вени виникає гіперемія, гіпертермія, набряк, відчуття болю.

Необхідно припинити венопункцію цієї ділянки, накласти зігрівальний компрес із маззю Вишневського, повідомити лікаря.

Профілактика: постійно змінювати місце ін'єкції, розчини високих концентрацій уводити повільно.

Запам'ятайте! Використання одного шприца та голки для введення лікарських засобів різним хворим може призвести до зараження вірусними гепатитами В, С, СНІДом, сифілісом, малярією та іншими захворюваннями.

Пірогенна реакція може виникнути при внутрішньовенному використанні препаратів із закінченим терміном придатності. Проявляється головним болем, ознобом, підвищенням температури тіла.

Потрібно негайно відключити введення лікарського препарату, пацієнта обкласти грілками, викликати лікаря.

Профілактика: не вводити препарати із закінченим терміном придатності.

Алергічні реакції – дуже часті ускладнення ін'єкцій. Найбільш серйозною алергічною реакцією на тлі лікарської терапії є анафілактичний шок, який може розвинутися раптово і характеризується різким зниженням артеріального тиску, спазмом бронхів, втратою свідомості.

Віддалені ускладнення (гепатити В, С, СПІД, сифіліс, малярія) можуть виникнути внаслідок грубого порушення правил асептики та санітарно-протиепідемічного режиму. Для кожного пацієнта необхідно використовувати індивідуальні шприци, голки, системи. Особливо треба бути уважним при набиранні будь-якого препарату із одного флакона різним пацієнтам.

Сепсис — загальне інфекційне захворювання внаслідок бактеріального інфікування крові, що виникає при порушенні правил асептики та антисептики.

Гематома — кров'яна пухлина, яка утворюється при виході голки із вени або при проколюванні обох стінок вени.

Необхідно припинити введення розчину, накласти на місце ін'єкції стерильний ватний тампон, видалити голку із вени, місце ін'єкції притиснути на 5 хв. Призначену пацієнтові внутрішньовенну ін'єкцію в такому випадку зробити в іншу вену. На ділянку гематоми накласти напівспиртовий зігрівальний компрес.

Помилкове введення лікарських засобів може бути внаслідок неосвіченості або неуважності медичної сестри. У такому разі потрібно негайно повідомити лікаря і ввести пацієнтові антагоніст або антидот.

Алергічні реакції — дуже часті ускладнення ін'єкцій. Найбільш серйозною алергічною реакцією на тлі лікарської терапії є анафілактичний шок, який може розвинутися раптово і характеризується різким зниженням артеріального тиску, спазмом бронхів, втратою свідомості. Алергічна реакція — це підвищена чутливість організму до введення того чи іншого препарату.

Місцеві висипання, набряки, свербіж, підвищенням температури тіла. Також може виникнути нежить, кон'юнктивіт, першіння в горлі.

Анафілактичний шок, який найчастіше розвивається в перші 20 хв після ін'єкції, а іноді й одразу — Іде "на голці". При цьому хворий раптово відчуває різку слабкість, він може знепритомніти, порушується серцева діяльність, можуть виникнути на шкірі різні висипання, набряки, а також диспепсичні розлади (блювання, пронос).

У тяжких випадках виникають судоми, параліч дихального та серцево-судинного центрів. Це загрозливий для життя стан, який потребує невідкладної допомоги! У такому випадку потрібно негайно:

1. За можливості вище від місця ін'єкції накласти джгут так, щоб перекрити і вени, і артерії.

2. Внутрішньом'язово ввести 1 — 2 мл 1 % розчину димедролу, 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну.

3. Обколоти місце ін'єкції 0,5 мл 0,1 % розчину адреналіну, розчинивши його у 10 — 20 мл 0,9 % розчину натрію хлориду, після чого слід зняти джгут.

4. Внутрішньом'язово для продовження дії адреналіну ввести 1 мл преднізолону або 1 мл гідрокортизону.

5. При зниженні артеріального тиску внутрішньовенно ввести 1 % розчин мезатону (розвести 1 мл мезатону в 250 мл 0,9 % розчину натрію хлориду або 5 % розчину глюкози) під контролем артеріального тиску, а також ввести протишоковий плазмозамінник поліглюкін (400 — 800 мл).

У разі виникнення та збільшення вираженості ядухи внутрішньом'язово ввести 1 мл 24 % розчину еуфіліну або внутрішньовенно струминне повільно протягом 5 хв 5 — 10 мл 2,4 % розчину еуфіліну в 10 — 20

мл 0,9 % розчину натрію хлориду, або внутріш-ньовенно краплинно, розчинивши еуфілін в 100 мл 0,9 % розчину натрію хлориду.П

Профілактика: перед першою ін'єкцією будь-якого препарату треба зібрати алергологічний анамнез, виконати пробу на індивідуальну чутливість організму до призначеного препарату (за вказівкою лікаря). Зробити першу ін'єкцію в кінцівку в кількості 1/3 призначеної дози і спостерігати за пацієнтом протягом 20 хв. За відсутності будь-яких симптомів алергії (сенсibiliзації) наступну ін'єкцію можна робити в об'ємі всієї дози.

Запам'ятайте! Необхідно, щоб у кожному маніпуляційному кабінеті був набір медикаментів для надання невідкладної допомоги в разі виникнення анафілактичного шоку.

Найчастіше до розвитку анафілактичного шоку призводять: пеніциліни, стрептоміцини, сульфаніламідні препарати, вітаміни групи В (особливо В1), вакцини, сироватки, йодумісні препарати, препарати ацетилсаліцилової кислоти.

Щоб звести до мінімуму ризик допущення помилки при застосуванні лікарських препаратів хворим, медична сестра повинна:

1. Перевірити прізвище, ім'я, по батькові хворого, якому призначено лікарські препарати.
2. Правильно підібрати препарат (порівняти етикетку препарату із призначенням у лікарському листі, перевірити термін придатності препарату та правильність обчисленої дози).
3. Застосувати препарат у призначений час та акуратно зробити записи. Всі препарати необхідно вводити в межах 30 хв від зазначеного часу.
4. Правильно підібрати шлях уведення препарату.
5. Застосувати відповідну методику введення препарату. Не змішувати несумісні препарати.
6. Дотримуватись правил асептики при виконанні призначень та санітарно-протиепідемічного режиму.
7. Використовувати правильний підхід до хворого. Міжособове спілкування знижує рівень емоційного стресу хворого.
8. Негайно повідомити лікаря про будь-які допущені помилки, щоб знизити ризик, на який наражається хворий, і запобігти більш тяжкому ускладненню.

Лікувальне харчування.

Харчування – одне з найнеобхідніших фізіологічних потреб людського організму. З їжею людина отримує біологічно-активні сполуки – білки, жири, вуглеводи, мінеральні солі, воду, мікроелементи, вітаміни – речовини, необхідні для нормального функціонування всіх органів і систем.

Лікувальне харчування – харчування, що задовольняє фізіологічні потреби в кількості і співвідношенні біологічно-активних сполук та надає лікувального впливу. Шляхом зміни складу їжі, кулінарної обробки продуктів, режиму харчування можна впливати на функціональний стан окремих органів і систем. Лікувальне харчування є обов'язковим в комплексному лікуванні різних захворювань.

Дієтотерапія є невід'ємним компонентом комплексного лікування при всіх без виключення захворюваннях шлунково-кишкового тракту, захворюваннях обміну речовин, захворюваннях серця, печінки, нирок, суглобів.

Дієтичні столи та індивідуальні дієти

В Україні офіційно прийнято 15 дієтичних столів, що диференційовані за основними нозологічними формами та варіантами їх перебігу з урахуванням виду, стадії захворювання (загострення чи ремісія), ступеня компенсації (компенсована чи декомпенсована стадія хвороби).

Дієта №1 (основна)

Показання до застосування: гострі захворювання верхніх відділів травного каналу, які тривають протягом 1—3 міс., або хронічні захворювання, що загострилися (езофагіт), гастрит з підвищеною або нормальною кислотністю, дуоденіт, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у фазі помірною загострення.

Мета призначення. Сприяння загоюванню виразок шлунка та дванадцятипалої кишки, ліквідації запальних процесів у верхніх відділах травного каналу.

Виключаються страви, що довго затримуються в шлунку та подразнюють його (тваринні жири, рослинна клітково-вина), стимулятори шлункової секреції, гострі страви, прянощі, міцні бульйони, гриби, бобові, кава, шоколад, какао.

Обмежуються: кухонна сіль, молочнокислі продукти.

Режим харчування. Дієта передбачає харчування 6-7 разів на день через кожні 2-3 год. невеликими порціями. Більша кількість їжі припадає на 1-й, 2-й сніданок та обід. Страви повинні бути механічно подрібненими, вареними, протертими, пареними.

Рекомендовані продукти харчування та страви: слизисті супи з круп (вівсяної, гречаної, рисової, манної), молоко, вершки, свіжа нежирна сметана, яловичі, телячі, рибні парові котлети, тефтелі, протерті каші, варені яйця, киселі з ягід та фруктів, розведені соки з них, хліб білий учорашньої випічки.

Дієта №1 а

Показання до застосування: загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (перші 3—7 днів), загострення гастриту з надмірною кислотністю, опік стравоходу чи шлунка.

Відмінності від стола № 1

Страви повинні бути рідкими або напіврідкими зі зменшеною калорійністю. Хворим дають багато вершків, молока, не круто зварені яйця (щоденно), молочні киселі.

Дієта № 1 б

Показання до застосування: загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (перші 10-20 днів), загострення хронічного гастриту (перші 7-10 днів).

Особливості харчування. На відміну від стола № 1а в цю дієту додають сухарі з білого хліба, протертий нежирний сир, парові, тефтелі з телятини, киселі фруктові.

Дієта № 2

Показання до застосування: гострий гастрит зі зниженою кислотністю, хронічний гастрит зі зниженою кислотністю у фазі загострення, період реконвалесценції після ентериту, коліту.

Мета призначення. Підвищення секреції шлунка, підвищення секреторної активності інших травних залоз, покращання моторної функції шлунка та кишок.

Виключаються бобові, гриби, жирні сорти м'яса (гусятина, качатина, свинина, баранина), смажені страви.

Обмежуються свіже молоко, вершки, сметана, тваринний жир.

Режим харчування. Дроблене харчування 5-6 разів на день,

Рекомендовані продукти харчування та страви: хліб білий учорашньої випічки, супи круп'яні (крім пшона) на знежиреному м'ясному або рибному бульйоні, відварні м'ясо (яловичина, телятина, курятина) та риба нежирних сортів або парові котлети чи тефтелі з них, варені, тушковані овочі, овочеві пюре, варені яйця, печені яблука, кисломолочні продукти (кефір, ацидофільне молоко, ряжанка), компоти, відвар шипшини.

Дієта № 3

Показання до застосування: хронічний коліт у період загострення та ремісії зі схильністю до закріпів.

Мета призначення. Посилення перистальтики тонких та товстих кишок, регулювання процесу випорожнення кишків.

Виключаються овочі, багаті на ефірні масла (часник, цибуля, редька, бобові), гриби.

Обмежуються макаронні вироби, вироби з тіста, тістечка, жирні сири.

Режим харчування. Дроблене харчування 5—6 разів на день, основну кількість їжі дають у першій половині дня, натще дають кефір. Спеціальної кулінарної обробки їжа не потребує. Слід виключити смажені страви.

Рекомендовані продукти харчування та страви: овочів багаті на рослинну клітковину (капуста, буряк, морква), житній хліб учорашньої випічки, круп'яні супи на овочево-му, м'ясному або рибному бульйоні, нежирне м'ясо чи ри-ба (варені, тушковані, парові), розсипчасті каші (крім пшоняної), велика кількість кисломолочних продуктів, компот із сухофруктів, свіжих фруктів та ягід, печені яб-лука.

Дієта № 4

Показання до застосування: гострий ентерит, гострий коліт, хронічний ентероколіт, що загострилися, дизентерія в гострому періоді, що супроводжується проносами.

Мета призначення. Значне механічне, хімічне та термічне оберігання тонкої та товстої кишок.

Виключаються продукти, що подразнюють кишки, посилюють їх перистальтику та бродильні процеси в них: свіже молоко, вершки, сметана, сухі фрукти, ягоди, соки з них, овочі, багаті на рослинну клітковину (капуста, буряк, морква, щавель), макаронні вироби.

Обмежуються цукор, варення, вершкове масло. Режим харчування. Дроблене харчування 5—7 разів на день. *Протипоказана* холодна їжа, а також надто гаряча.

Рекомендовані продукти харчування та страви: сухарі з білого хліба, супи на знежиреному м'ясному або рибному бульйоні з додаванням слизистих відварів (рисового, вівсяного), слизисті каші (рисова, вівсяна, гречана, манна), парові м'ясні та рибні тефтели, котлети, варені яйця, ки-селі.

Дієта № 4 а

Показання до застосування: хронічний ентероколіт (особливо у поєднанні з хронічним гастритом) у період спа-ду гострих запальних явищ, дизентерія у період стихання гострих запальних явищ.

Виключаються та обмежуються ті ж самі продукти, що і в дієті № 4.

Рекомендовані продукти харчування та страви: перелік продуктів і страв подібний до такого дієти № 4, але дають більше м'ясних та рибних страв, сиру, а також кисломолочні (знежирені) продукти, печені яблука, компот із сухофруктів, не круто зварені яйця.

Дієта № 5

Показання до застосування: хронічний гепатит з добро-якісним перебігом та прогресуючий вірусний гепатит у період одужання хворого, цироз печінки в стадії компенсації, гострий гепатит у період одужання хворого, хронічний холецистит у стадії загострення, жовчнокам'яна хвороба.

Мета призначення. Сприяння відновленню порушених функцій печінки, стимуляція процесів утворення та виділення жовчі.

Виключаються смажені та жирні страви, що містять у своєму складі важкі для перетравлювання продукти неповного розщеплення жирів (акролеїни та альдегіди), сильні стимулятори секреції шлунка та підшлункової залози

(мо-локо, кава, какао, шоколад, гриби, щавель, шпинат, соки, ягоди, особливо чорна смородина), екстрактивні речовини, прянощі, тугоплавкі жири, продукти, багаті на холе-стерин та пурини (вим'я, нирки, печінка, щавель, шпинат).

Режим харчування. Дроблене харчування 5—6 разів на день, останнє приймання їжі не пізніше як за 3 год. до сну (бажано — кефір, ацидофільне молоко з нежирним пе-чивом) .

Рекомендовані продукти харчування та страви: багато солодких продуктів (мед, варення, мармелад, зефір, пасти-ла), білий хліб учорашньої випічки, сухарі з білого хліба, супи круп'яні на овочевому відварі, нежирне варене м'ясо або парові котлети з нього, нежирна варена риба або парові котлети з неї, кисломолочні продукти, сири, напіврідкі каші (гречана, вівсяна), варені овочі, печені яблука; кисе-лі з фруктів та ягід, відвар шипшини, варені яйця.

Дієта № 5а

Показання до застосування: гострий холецистит, заго-стрення хронічного холециститу, гострий панкреатит або загострення хронічного панкреатиту, хронічний холецистит у поєднанні з виразковою хворобою шлунка або дванадця-типалої кишки. Дієту рекомендують у перші 5—6 днів після операції на жовчному міхурі.

Мета призначення. Сприяння відновленню порушених функцій печінки та жовчовивідних шляхів, накопичення глікогену у печінці, стимуляція жовчовиділення, обмежен-ня механічного подразнення шлунка та кишок.

Режим харчування та виключення, продуктів такі ж, що й при дієті № 5.

Рекомендовані продукти харчування та страви приблизно такі ж, але рекомендують страви більш механічно по-дрібнені, більшу кількість солодких страв, яйця дають тільки у вигляді омлету або суфле, м'ясо та рибу — у вигляді парових тефтелів та суфле, сир не дають, а тільки кисло-молочні знежирені продукти, у великій кількості дають відвар шипшини.

Дієта № 6

Показання до застосування: подагра, сечокислый діатез.

Мета призначення. Сприяння нормалізації пуринового обміну знижен-ня ендогенного утворення сечової кислоти.

Виключаються тваринні жири, продукти, багаті на пуринові сполуки (сало, баранина, яловий жир, печінка, нирки, шпроти), міцні бульйони, шпинат, щавель, бобові, шо-колад, кава, какао.

Обмежується кухонна сіль.

Режим харчування. Дроблене харчування 5—6 разів на день, введення 2—2,5 л рідини (під контролем діурезу) — переважно у вигляді чаю, фруктових та ягідних морсів, лужних вод.

Рекомендовані продукти харчування та страви: продукти, що вміщують лужні радикали (овочі, особливо капуста, морква, буряк, фрукти, ягоди,

молоко, рис, гречана, вівся-на каші, картопля, крім смаженої), мед, кавуни, дині, ви-ноград, телятина, варена нежирна яловичина.

Дієта № 7

Показання до застосування: гострий нефрит у період за-гострення, хронічний нефрит з незначними змінами в оса-ду сечі, гіпертонічна хвороба зі змінами у нирках.

Мета призначення. Оберігання функцій нирок, нормалі-зуючий вплив на артеріальний тиск та набряки.

Режим харчування. Дроблене харчування 5—7 разів на день. Протипоказані надто холодні та гарячі страви.

Виключаються гострі блюда, м'ясний та рибний бульйо-ни, прянощі, кава, какао, шоколад, бобові, смажене м'ясо, риба.

Обмежуються кухонна сіль до 3—5 г на добу, рідина до 800—1000 мл, вершки, сметана, білки—до 140г.

Рекомендовані продукти харчування та страви: супи вегетаріанські з овочів та круп, парові котлети з телятини або курятини, овочі варені, вінегрети, каші (гречана, вів-сяна, манна), мед, варення, виноград, молоко, молочно-кис-лі продукти, сири.

Дієта № 7а

Показання до застосування: гострий нефрит, загострен-ня хронічного нефриту з виявленими змінами в осаді сечі.

Виключаються ті ж продукти, що й у дієті № 7, а також повністю кухонна сіль.

Рекомендовані продукти харчування та страви приблизно ті ж самі, що й у дієті № 7, але добова кількість харчових білків значно зменшується (до 50 г), збільшу-ється кількість вуглеводів.

Дієта № 8

Показання до застосування: ожиріння при відсутності захворювань травного каналу, нирок, серцево-судинної си-стеми.

Мета призначення. Вплив на обмін речовин для запобі-гання або ви-ключення надмірного відкладання жиру.

Режим харчування. Часті прийоми малокалорійної їжі у достатньому обсязі, що усуває відчуття голоду. Загальна калорійність зменшується на 20—50 % (залежно від ступе-ня ожиріння та фізичної активності).

Виключаються жирні сорти м'яса, макаронні та борош-няні вироби, тіс-течка, інші кондитерські вироби, варення, прянощі, гострі приправи, що збу-джують апетит, кава, ка-као, шоколад.

Обмежуються кухонна сіль до 5—8 г на добу, введення рідини до 1000 мл, вершки, сметана, вершкове масло, кар-топля, каші (крім гречаної).

Рекомендовані харчові продукти та страви: вегетаріанські супи, бага-то варених та тушкованих овочів (кабачки, гарбузи, капуста, буряки, морква), молоко та молочнокис-лі продукти, знежирені сири, нежирні м'ясо та риба,

греча-на каша, фрукти та ягоди у сирому вигляді. Заправляти супи та каші слід рослинною олією, замість цукру вживати ксиліт, сорбіт.

Дієта № 9

Показання до застосування: цукровий діабет.

Мета призначення. Створення умов, що підтримують позитивний вуглеводний баланс, запобігання порушенням жирового та білкового обміну у хворого на цукровий діабет.

Режим харчування. Приймати їжу слід 5—6 разів на день. Рослинні вуглеводи розподіляти на весь день, навіч або на ніч обов'язково слід випити склянку кефіру або ацидофільного молока з метою зменшення бродильних та гнильних процесів у кишках.

Виключаються варення, солодкий чай, компоти, мака-ронні та різні кондитерські вироби.

Обмежуються картопля, бобові, солодкі фрукти (кавуни, виноград), кухонна сіль.

Рекомендовані харчові продукти та страви: гречана каша, вегетаріанські супи, варені чи тушковані м'ясо, риба, молоко, кефір, знежирені сири, рослинна олія, варені яйця або омлет.

Дієта № 10

Показання до застосування: захворювання серцево-судинної системи, ішемічна хвороба серця, природжені та ревматичні вади серця у період компенсації або недостатності кровообігу I ступеня, гіпертонічна хвороба I—II стадії, хронічний гломерулонефрит та пієлонефрит зі змінами в осаді сечі.

Мета призначення. Створення сприятливих умов для кровообігу, запобігання утворенню набряків або сприяння усуненню вже існуючих набряків, покращання виділення азотистих речовин.

Режим харчування. Приймати їжу 5—6 разів на день, вечеря має бути за 3 год. до сну.

Виключаються жирні м'ясні та рибні страви, бульйони, смажене м'ясо, овочі, тістечка, торти, печінка, нирки, вим'я, сало, гострі страви, прянощі, різні консерви, какао, шоколад, кава.

Обмежуються кухонна сіль, рідини до 800—1000 мл на добу, щавель, шпинат, гриби.

Рекомендовані харчові продукти та страви: супи кру-п'яні, овочеві, молочні, німецький бульйон 1 раз на тиждень, парові котлети або тефтели, варена телятина, курятина, вівсяна та гречана каші, овочеві салати та вінегрет, фрукти, ягоди, соки з них, вживання великої кількості рослинної олії.

Дієта № 10 с

Показання до застосування: хвороби серця з недостатністю кровообігу II—III ступеня, інфаркт міокарда в гострій та підгострій стадіях, мозковий інсульт.

Мета призначення. За допомогою різкого обмеження вживання кухонної солі та збагачення дієти солями калію вплив на порушені функції серця, зменшення набряків, покращання функції нирок.

Режим харчування такий, як у дієті № 10.

Виключаються повністю кухонна сіль, а також ті продукти, що й у дієті № 10.

Обмеження ті, що й у дієті № 10.

Рекомендовані харчові продукти та страви: все у про-тертому вигляді, варене, парене, тушковане. Дотримувати-ся чергування дієти, подібної до дієти № 10, з розванта-жувальними днями (молочними, фруктово-ягідними).

Дієта №10 а

Показання до застосування: атеросклероз судин з переважним ураженням судин серця, мозку, інфаркт міокарда у стадії рубцювання.

Мета призначення. Запобігання подальшому розвитку атеросклеротичного процесу, при поєднанні атеросклерозу з ожирінням — зниження маси тіла.

Режим харчування. Обмеження та виключення ті, що й у дієті № 10. Особливо обмежуються продукти харчування, багаті на холестерин: печінка, нирки, вим'я, жирні сорти риби, м'ясо, сало, шпроти, міцні бульйони.

Рекомендовані продукти харчування та страви: продукти, що мають ліпотропну дію, овочі, фрукти, ягоди, соки з них, продукти моря, що мають багатий вміст йоду (морська капуста, трепанги), рослинна олія, вівсяна, гречана каші.

Дієта № 11

Показання до застосування: туберкульоз у стадії реконвалесценції (в умовах санаторію), виснаження організму після важких захворювань, у тому числі інфекційних, важка анемія, різні нагнійні процеси.

Мета призначення. Підвищення опірності організму до туберкульозної інфекції, імунної реактивності організму, загальної опірності організму, посилення живлення організму, покращання білкового та вітамінного балансу.

Режим харчування. Приймати їжу 5—6 разів на день з рівномірним (крім вечері) розподілом енергетичної цінності страв.

Виключень та обмежень (крім алкоголю, кави) немає.

Рекомендовані харчові продукти та страви. Збільшена загальна енергетична цінність їжі до 16736 кДж (4000 ккал). Страви повинні вміщувати велику кількість білків тваринного походження, вітамінів; м'ясо, риба — у будь-якому вигляді, овочі, фрукти, соки, яйця, різноманітні молочні продукти. Для збудження апетиту можна давати прянощі.

Дієта № 12

Показання до застосування: різні захворювання центральної та периферичної нервової системи.

Мета призначення. Не подразнювати нервову систему.

Загальна характеристика. Дієта змішана, з обмеженням гострих страв, приправ, а також збуджуючих речовин (міцний чай, кава, шоколад, алкогольні напої).

Дієта № 13

Показання до застосування: інфекційні важкі захворювання, пневмонія в гострий гарячковий період, ангіна, гострий сепсис, післяопераційний стан.

Мета призначення. Підтримання загального стану організму шляхом посиленого його живлення в гарячковий або післяопераційний період.

Режим харчування. Дроблене харчування 6—8 разів на день, їжа може бути гарячою або теплою, при гіперпірексії — охолодженою. Якщо хворий знаходиться у важкому стані, вдень багато спить, то його годують, коли він прокидається, і навіть уночі.

Виключаються смажені, гострі страви, жирні м'ясо, риба, сало, кава, алкогольні напої.

Обмежуються кухонна сіль до 8 г. на добу, овочі, що вміщують багато клітковини (капуста, буряки, редька).

Рекомендовані харчові продукти та страви. Хворому дають багато рідини (до 2 л у вигляді соків, відвару шипшини, компотів). Страви мають бути рідкими або напів-рідкими, неміцні рибні та м'ясні бульйони, хліб білий учо-рашньої випічки, білі сухарі, суп-пюре з каш на овочевому бульйоні, слизисті каші, не круто зварені яйця, молоко, вершки, сметана, кисломолочні продукти.

Дієта № 14

Показання до застосування: фосфатурія з лужною реакцією сечі та випаданням осаду фосфорно-калієвих солей, сечокам'яна хвороба з фосфатними каменями.

Мета призначення. Сприяти відновленню кислої реакції сечі, таким чином попереджаючи випадання осаду фосфатів.

Режим харчування. Приймають їжу 4—5 разів на день. Дають багато рідини—до 1,5—2 л. Кулінарна обробка їжі звичайна.

Виключаються та обмежуються продукти, що містять багато фосфору та кальцію: молоко, сир, кава, какао, шоколад, бобові, міцні бульйони.

Рекомендовані харчові продукти та страви: фрукти, ягоди, соки з них, нежирні м'ясо, риба, гречана, вівсяна, рисова каші, мед, варення, мармелад.

Дієта № 15

Показання до застосування: різні захворювання у період одужання при відсутності показань до призначення спеціальної лікувальної дієти та при нормальному стані органів травлення.

Мета призначення. В умовах лікувального закладу забезпечити харчування хворого за фізіологічними нормами.

Режим харчування. Приймають їжу 4—5 разів на день.- Виключають-ся жирне м'ясо (свинина, баранина), сало, тістечка, свіжий хліб.

Обмежують-ся гострі страви, прянощі, кава, какао, шо-колад.

*Рекомендовані харчові продукти та страви:*нежирне м'ясо, риба у будь-якій кулінарній обробці, різні молочні продукти, овочі, картопля у вигляді різних страв та гар-нірів, частина овочів у сирому вигляді (салати), фрукти, ягоди, соки та компоти з них.

Дієта № 0.

Показання до застосування: 3-5 доба після операцій на шлунково-кишковому тракті, захворювання центральної нервової системи з порушенням свідомості (порушення мозкового кровообігу, черепно-мозкова травма).

Рідка малокалорійна дієта з обмеженням солі, включає легкозасвоювані продукти. Режим харчування- кожні 2 години на протязі дня і ночі. Вживають слизисті круп'яні відвари, легкий, м'ясний бульйон, фруктове желе, відвар шипшини, негазована мінеральна вода.

Повне голодання на 2-3 дні призначають хворим на безупинну рвоту, шлункову кровотечу, після операції на шлунково-кишковому тракті.

Індивідуальні дієти

Існують різні види індивідуальних дієт, що показані хворим з певними варіантами перебігу тих чи інших захворювань. Страви у стаціонарі для таких хворих готують окремо, під пильним контролем палатного лікаря та дієтлікаря.

Наводимо декілька прикладів такого харчування.

1. Індивідуальну дієту призначають хворим після великих оперативних втручань на органах травного каналу.

Перші 24 – 36 год. цим хворим не дають ні їсти, ні пити. Дозволяють тільки змочувати губи та полоскати рот; починаючи з 2—3-ї доби, хворим дають багато рідини: розведені фруктові соки, морси, неміцні м'ясні бульйони; на 4—5-й день хворим можна давати напіврідкі слизисті каші, супи на неміцному м'ясному бульйоні з протертим м'ясним суфле, фруктові та молочні киселі, протертий сир; з 5 – 6-го дня після операції хворого переводять на дієту, відповідну до його основного захворювання.

2. При алергічних захворюваннях застосовують так звані **елімінаційні дієти**, коли з харчування повністю виключають продукти, відомі своєю алергенністю: цитрусові, горіхи, шоколад, какао, риба, ікра з неї, курячі яйця, суниця, полуниця. Варіантами елімінаційної дієти є такі: безмолочна (коли у хворого алергія на молоко та різні вироби з нього); беззлакова (агліадинова), коли у хворого алергія на продукти харчування, виготовлені зі злакових.

3. При хворобах, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю, у період загострення таких хвороб, як гемофілія, тромбоцитарна пурпура, призначають так звану гематологічну дієту: усі страви подають у протертому, напіврідкому вигляді, негарячими; з дієти виключають екстрактивні речови-

ни, цитрусові, какао, рибу; дають багато молочних продуктів, особливо сиру, оскільки вони вміщують багато солей кальцію, які мають кровоспинну дію зобов'язана палат

Розвантажувальні дієти. Ціль їх призначення у забезпеченні м'якого впливу на уражений орган чи систему, полегшення та покращення їх функції, здатності нормалізувати обмін речовин, виведенню з організму продуктів обміну, підвищити ефективність основних дієт. Розвантажувальні дієти призначають на 1-2 дні, не частіше 1–2 разів на тиждень з урахуванням характеру звороби та її переносимості. Існують різні розвантажувальні дієти: чайна, яблучна, кефірна, дієта з сухофруктів, картопляна, салатна, молочна-сирна, м'ясна-рибна, вівсяна. Наприклад, яблучна дієта призначається при гіпертонічній хворобі, недостатності кровообігу, нефритах, захворюваннях печінки, жовчних шляхів – 5 разів на день по 300 грамів спілих чи печених ябук – всього 1,5 кг на день. При нефриті та захворюваннях серцево-судинної системи можна додати 50-100 г цукру.

Організація харчування хворих у стаціонарі.

В сучасних умовах у більшості лікувально-профілактичних закладів функціонує централізована система, при якій всі процеси обробки сировини та приготування їжі зосереджені у центральному харчоблоці. Забезпечення відділень продуктами харчування і прготовленою їжею здійснюється спеціальним персоналом з допомогою внутрішньолікарняного транспорту, який оснащений термоізоляційною пласудою.

Для контролю за харчуванням у лікарнях є дієтлікарі, а в стаціонарних відділеннях – дієт-сестри. У терапевтичному стаціогарі можуть знаходитися хворі з різними захворюваннями, що вимагає призначення різних дієт. Тому щоденно на підставі лікарських призначень складається порційна вимога на харчування хворих у відділенні. Хворі, що знаходяться на загальному режимі, приймають їжу самостійно, у столові. Хворим з обмеженим руховим режимом їжу приносять у палату та при необхідності – годує важкохворих молодша медсестра. Для годування важкохворих застосовують прикроватьний столик або ліжковий столик, що ставлять у ліжку. Шия та груди хворого прикривають фартушком чи салфеткою. Необхідно піклуватися про те, щоб на виду у хворого не знаходились речі. Що пригнічують апетит (банки з харкотинням, ліки з неприємним запахом).

Штучне харчування.

Штучне харчування – це введення в організм людини поживних речовин протиприродним шляхом, минаючи ротову порожнину. Повноцінне харчування складає основу життєдіяльності людини. В лікувальних міроприємствах хворих терапевтичного і хірургічного профілю одне з центральних місць займає корекція порушень обміну і повноцінне забезпечення енергетичних і пластичних потреб. Травми, опіки та хірургічні втручання призводять до різкого зсуву обмінних процесів в сторону підвищеного катаболізму і виклика-

ють суттєві метаболічні розлади в організмі: порушення білково-амінокислотного, вуглеводного і жирового обмінів, водно-електролітного балансу, метаболізму вітамінів. Все це вимагає додаткової нутритивної підтримки в загальній програмі лікування. Нутритивна підтримка відноситься до методів інтенсивної терапії і спрямована на попередження у хворих, що знаходяться у важкому стані, втрати ваги тіла і зниження синтезу білка, розвитку імунодефіциту, електролітного і мікроелементного дисбалансу, дефіциту вітамінів. В залежності від клінічної ситуації можуть бути використані різні види штучного харчування: повне або часткове парентеральне харчування; ентеральне зондове; змішане харчування.

Види штучного харчування:

- Через шлунковий зонд,
- Через операційний свищ шлунка (гастростому)
- Через операційний свищ кишки (ілеостому)
- Через пряму кишку (харчова клізма)

Парентеральне харчування.

Парентеральне харчування повинне включати всі ті ж харчові інгредієнти, що й харчування звичайне. В практиці приміняють:

Повне парентеральне харчування – введення всіх поживних інгредієнтів у кількостях, що відповідають потребам організму, здійснюється тільки через центральні вени;

Часткове парентеральне харчування – носить допоміжний характер і приміняється для вирішення проблем короткотривалої нутритивної підтримки організму, включаючи окремі харчові компоненти.

Додаткове парентеральне харчування, введення всіх інгредієнтів харчування у кількостях, що доповнюють ентеральне харчування.

Догляд за хворими с патологією органів дихання.

Основні функції органів дихання—забезпечення організму киснем, який необхідний для нормальної життєдіяльності всіх органів і тканин та виведення вуглекислого газу і води. Частота, глибина і ритм дихальних рухів регулюється дихальним центром і корою головного мозку. Подразнення дихального центру і підсилення інтенсивності дихання можливі при підвищенні в крові вмісту вуглекислого газу і зменшення концентрації кисню. Це спостерігається при фізичному навантаженні, емоціональному напруженні, а також при різних захворюваннях органів дихання. Надмірна концентрація кисню в крові, яка спостерігається при гіпервентиляції або вдиханні чистого кисню, може приводити до пригнічення дихального центру, зменшення частоти і глибини дихання і, навіть, його зупинки.

В нормі дихальні рухи ритмічні з частотою в дорослої людини у спокої 16-20 у хв., причому у жінок на 2-4 дихання більше, як у чоловіків. У новонароджених частота дихання – 40-45 за хвилину. У положенні лежачи число дихань зменшується до 14-16 в хв., а у вертикальному положенні—

збільшується (18-20 в хв.). у тренуваних людей і спортсменів частота дихальних рухів може зменшуватися і досягати 6-8 у хв. Поверхнєве дихання переважно спостерігається у спокої, а при фізичному навантаженні або емоціональному напруженні воно більш глибоке. В залежності від переважної участі в дихальних рухах грудної клітки або живота (діафрагми) розрізняють грудний (переважно у жінок), черевний та змішаний типи дихання.

Найбільш частими патологічними симптомами при різних захворюваннях органів дихання є задишка, кашель, кровохаркання, болі в грудній клітці.

Ядуха — це раптовий напад сильної задишки. Невідкладна допомога при раптовій появі у хворого задишки або ядухи полягає в таких заходах: • надати хворому підвищеного положення; • звільнити грудну клітку від тісного одягу; • забезпечити доступ свіжого повітря, подачу кисню; • створити хворому повний фізичний та психічний спокій; • негайно викликати лікаря. Спостереження за хворими з ядухою передбачає постійний конт-роль за частотою, глибиною та ритмом дихання.

Задишка - це зміна частоти, глибини, ритму дихання, яке супроводжується об'єктивним відчуттям нестачі повітря. Задишка може супроводжуватись різким прискоренням дихання (тахіпное) і його уповільненням (брадипное), аж до повної зупинки дихання (апное).

Інспіраторна задишка проявляється утрудненим вдихом (при звуженні трахеї та великих бронхів)

Експіраторна задишка – це утруднений видих при спазмі дрібних бронхів і скупчення в їхньому просвіті в'язкого секрету. та змішану задишку.

Вона також буває фізіологічною (після значного фізичного навантаження) і патологічною при захворюваннях легень, серця, мозку.

Ядуха — це раптовий напад сильної задишки.

Невідкладна допомога при раптовій появі у хворого задишки або ядухи полягає в таких заходах:

- надати хворому підвищеного положення;
- звільнити грудну клітку від тісного одягу;
- забезпечити доступ свіжого повітря, подачу кисню;
- створити хворому повний фізичний та психічний спокій;
- негайно викликати лікаря.

Спостереження за хворими з ядухою передбачає постійний контроль за частотою, глибиною та ритмом дихання.

Астма—це несподівані приступи задухи. Найчастіше зустрічається змішана задишка.

Внаслідок порушення діяльності дихального центру виникають патологічні типи дихання:

дихання Кусмауля- дуже сповільнене і глибоке дихання(при комах),

дихання Чейна-Стокса- хвилеподібне збільшення і зменшення амплітуди дихання з наявністю пауз між хвилями 40-50 секунд (при розладах мозкового кровообігу)

дихання Біота- рівномірне за глибиною дихання з періодичним виникненням тривалих пауз (приагональному стані). При його появі медсестра повинна негайно повідомити лікаря.

Кашель - це складний захисно-рефлекторний акт, який направлений на виведення із бронхів і верхніх дихальних шляхів харкотиння або сторонніх тіл. Кашель є сухий без виділення харкотиння, і вологий з виділенням харкотиння.

Кашель — це складний рефлекторно-захисний акт, під час якого організм звільняється від залишків, що утворилися внаслідок патологічного процесу в легенях (слиз, гній) і сторонніх часточок (пил, їжа), які потрапили туди із зовнішнього середовища. Виникає кашель унаслідок подразнення слизової оболонки гортані, трахеї, бронхів та при ураженні плеври. Кашель може бути постійним, періодичним, нападopodobним. Виникає зазвичай при захворюваннях органів дихання, але може виникнути і при застої крові в малому колі кровообігу (при вадах серця). Іноді кашель буває центрального походження.

Догляд при сухому кашлі: лужні (із содою) інгаляції, молоко з содою пити, відволікаючі засоби: банки, гірчичники, ніжні гірчичні ванни, компреси на грудну клітку; проти кашлеві засоби (кодеїну фосфат, лібексин, тусупрекс, глаувент). При вологому кашлі дають відхаркуючі (мукалтин, настій кореня алтею, відвар кореня дев'ясила, бромгексин), інгаляції із содою, поступальний дренаж (оптимальне положення тіла, яке сприяє відходженню харкотиння), індивідуальну кишенькову плювальниця (на $\frac{1}{4}$ заповнену 3% хлораміном або 2% перманганатом Калію).

огляд за хворими з кашлем. Хворому слід надати зручного положення (сидячи або напівсидячи), при якому зменшується кашель; дати тепле питво, бажано молоко з натрієм гідрокарбонатом. Таким хворим показані гірчичники, банки на грудну клітку. Хворих тепло вкривають, щоб запобігти переохолодженню організму. Забезпечують доступ свіжого повітря. При наявності у хворого мокротиння треба визначити його характер і добову кількість, результати щоденно записувати у відповідну медичну документацію. Якщо кашель супроводжується виділенням значної кількості мокротиння, його не слід намагатися придушити, щоб не виникла закупорка дихальних шляхів. Такому хворому рекомендується по декілька годин на добу перебувати у положенні, яке сприяє кращому відходженню мокротиння (дренажне положення).

Щоб уникнути зараження осіб, які його оточують, хворого треба навчити правильно поводитись. При спілкуванні зі здоровими людьми хворий повинен стримувати кашель, якщо ж це не вдається, то треба прикривати рот хустинкою, щоб частинки мокротиння не потрапили на інших людей. Не треба спльовувати мокротиння на підлогу, бо коли воно висихає, то заражує повітря, а через нього й інших людей. Не можна його спльовувати у хустинку, оскільки воно може потрапити на одяг хворого, і під час прання служити джерелом зараження інших людей.

Болі в грудній клітці при втягненні в процес листків плеври. Вони проявляються або підсилюються на висоті глибокого вдиху, а також при кашлі. Біль у грудній клітці виникає внаслідок розвитку патологічного процесу безпосередньо в грудній стінці, плеврі, серці та аорті, нарешті, внаслідок іррадіації болю при захворюваннях органів черевної порожнини. При захворюваннях органів дихання виникнення болю в грудній клітці залежить від подразнення плеври. Плевральний біль буває колючого характеру, може бути дуже сильним, гострим. Він посилюється при глибокому диханні, кашлі і в положенні хворого лежачи на здоровому боці. При такому положенні дихальні рухи ураженої ділянки грудної клітки стають частішими, внаслідок чого підсилюється тер-тя запалених шорстких плевральних листків. При виникненні болю у грудній клітці перш за все треба викликати лікаря, щоб він установив причину появи болю. Хворого потрібно заспокоїти, надати зручного положення, дати відволікаючі процедури (гірчичники, компреси) і обезболюючі—анальгетики.

Кровохаркання—виділення крові або харкотиння і з кров'ю під час кашлю у вигляді прожилок. Це один із серйозних симптомів, що може зустрічатися при раку легень, туберкульозі, абсцесі легень, бронхоектатичній хворобі, бронхіті, пневмонія, стеноз мітрального отвору, тромбоз легеневої артерії, набряк, травма легень, легенева кровотечі. Легеневу кровотечу треба відрізнити від стравохідної та шлункової. Кров, яка виділяється при кашлі, змішана з мокротинням, яскраво червоного кольору, піниста. Кров при шлунковій кровотечі виділяється з блювотними масами, вона подібна до кавової гущі, має кислу реакцію, іноді в ній трапляються рештки їжі.

При виникненні кровохаркання хворий потребує невідкладної допомоги. У першу чергу йому потрібно надати підвищеного положення, щоб кров не потрапила в бронхи. Хворого повертають на уражений бік, його заспокоюють, забороняють розмовляти, оскільки це може посилити кровотечу. Хворому можна дати шматочки льоду або холодне пиття невеликими порціями. негайно викликають лікаря і вводять коагулянти внутрішньовенно: 10 % розчин кальцію хлориду 10 мл; 5 % розчин аскорбінової кислоти 5—10 мл; 5 % розчин аміно-капронової кислоти 100 мл; 12,5 % розчин етамзилату 2 мл. Внутрішньом'язово вводять 1 % розчин вікасолу 1—2 мл. При кровохарканні і легеневої кровотечі категорично забороняється застосовувати банки, гірчичники та інші фізіотерапевтичні методи лікування.

Гостра дихальна недостатність — це гостро розвинутий хворобливий стан, при якому навіть граничне напруження механізмів життєзабезпечення організму є недостатнім для постачання його тканин необхідною кількістю кисню і виведення вуглекислого газу. Іншими словами гостра дихальна або легенева недостатність — це неспроможність легенів перетворювати венозну кров на артеріальну. Причини дихальної недостатності можуть бути пов'язані з ураженням центральної нервової системи (коми, які зумовлені отруєнням чадним газом, інтоксикаціями, набряком мозку); порушенням бронхіальної прохідності (наявність сторонніх тіл, утоплення, бронхоспазм); ураженням

легеневої тканини (запалення легенів, бронхо-спазм та ін.). На початку гострої дихальної недостатності у хворого з'являються відчуття нестачі повітря, неспокій. При огляді привертає увагу пришвидшене дихання, участь допоміжних м'язів у диханні; надалі шкіра синіє, укривається холодним липким потом. Спостерігається порушення свідомості, кома. **Невідкладна допомога** при гострій дихальній недостатності спрямована на поновлення і підтримання прохідності та дренажу дихальних шляхів, покращання альвеолярної вентиляції і легеневого газообміну, усунення супутніх порушень кровообігу. Однією з причин порушення прохідності дихальних шляхів є западання язика і нижньої щелепи у непритомного хворого. Найпростішим методом надання допомоги є виведення нижньої щелепи вперед. Для цього великими пальцями рук натискають на підборіддя, опускаючи нижню щелепу хворого донизу; пальцями, які розташовані на кутах щелепи, висовують її наперед, доповнюючи цей прийом відхиленням голови назад. Таким чином, прохідність дихальних шляхів відновлюється. Простим прийомом, який не потребує ніяких пристосувань і забезпечує вільну прохідність дихальних шляхів у непритомного хворого, є надання йому стійкого бокового положення, коли язик не має змоги западати і викликати аспірацію.

Причиною порушення бронхіальної прохідності може бути накопичення мокротиння в бронхах. За наявності густого і в'язкого мокротиння, відсмоктування якого утруднене, доцільно використати гарячі інгаляції 2 % розчином натрію гідрокарбонату. Для полегшення відкашлювання використовують перкусійний масаж (постукування по грудній стінці в момент видиху) і допоміжний кашель (у момент видиху натискають на нижню частину груднини). Оксигенотерапію застосовують при лікуванні гострої та хронічної дихальної недостатності, яка супроводжується ціанозом, тахікардією, зниженням артеріального тиску до 70 мм рт. ст.

Особливості догляду за хворими на бронхіті. При гострому бронхіті у перші 3—4 дні хворий повинен дотримуватися ліжкового режиму, знаходитись у теплі (зменшується кашель). Необхідно 2 рази на день прибирати приміщення (палату) і часто провітрювати. Хворому давати тепле пиття, на спину накласти банки або гірчичники. При хронічному бронхіті хворому надають зручного положення в ліжку, піднімають узголів'я, дають подихати киснем (у разі потреби), провітрюють приміщення, дають тепле питво, відхаркувальну мікстуру. Оберігають від протягів, за призначенням лікаря на спину накладають банки, гірчичники.

Пневмонія - найбільш характерними симптомами пневмонії є кашель і гарячка. При гострому початку хвороби (озноб, кашель, задишка, біль у грудній клітці, підвищення температури до 38—40 °С. Для запобігання розвитку ортостатичного колапсу хворого на пневмонію транспортують тільки на носіях у положенні лежачи на хворому боці. У перші дні необхідне дотримання ліжкового режиму. Палата повинна регулярно провітрюватись, вологе прибирання здійснюють 2 рази на день. У перші дні рекомендують пацієнтові положення напівсидячи, що сприяє кращій вентиляції легенів. При сухому

кашлі пацієнта треба напоїти основним теплим питвом, необхідно стежити за характером мокротиння. Пацієнтові слід пояснити, що мокротиння потрібно спльовувати у плевальницю, а не ковтати його, це може призвести до інфікування шлунка й кишок. За призначенням лікаря хворому накладають банки і гірчичники. При наявності болю в грудній клітці пацієнтові допомагають вибрати таке положення у ліжку, при якому біль зменшується. Необхідно пам'ятати, що при появі у хворого раптового гострого колючого болю в грудній клітці, який супроводжується сильною задишкою, ціанозом, холодним потом, зниженням артеріального тиску, треба негайно викликати лікаря. Хворих лікують антибіотиками та сульфаніламідними препаратами, які можуть спричинити алергійні реакції, тому медична сестра повинна уважно поставитися до скарг пацієнта і своєчасно повідомити про це лікаря. Медикаменти призначають за схемою, тому треба чітко дотримуватись її виконання, їжа повинна бути висококалорійною, напіврідкою, багатою на вітаміни, особливо вітамін С. Можливе швидке і критичне зниження температури, внаслідок чого може розвинутих колапс. Пацієнтові необхідно надати положення лежачи. Тіло хворого потрібно витерти сухим рушником, перемініти натільну та постільну білизну, дати гарячий міцний натуральний чай, до ніг прикласти теплі грілки. Потрібно стежити за загальним станом пацієнта, пульсом та шкірою. Якщо хворий непритомніє, то опускають головний і піднімають нижній кінець ліжка, негайно викликають лікаря. Треба стежити за фізіологічними відправленнями. У разі потреби проводять клізму, пацієнта підмивають. Велике значення має лікувальна гімнастика, яку призначає лікар залежно від віку й загального стану хворого.

Особливості догляду за хворими на плеврит. Плеврит — запалення плеври. Розрізняють сухий і ексудативний плеврит. Характерною ознакою сухого плевриту є біль у грудній клітці, який посилюється при кашлі та диханні. Температура тіла іноді підвищується до 37,2—37,8 °С. На початку захворювання хворий повинен перебувати у ліжку, лежати на хворому боці. При сильному болю іммобілізують грудну клітку. Перебіг ексудативного плевриту тяжчий. Спостерігається накопичення рідини в плевральній порожнині, тому хворих турбує задишка, гарячка з високою добовою температурою, озноб. Хворим надають зручного положення в ліжку з піднятим головним кінцем. При ознобі їх добре вкривають, кладуть грілку до ніг, а після сильного потовиділення витирають насухо, перемініють натільну та постільну білизну. У разі потреби застосовують оксигенотерапію. Годувати такого пацієнта треба часто, невеликими порціями. Їжа має бути висококалорійною, легкозасвоюваною, вітамінізованою. Стежать за випорожненнями, оскільки їхня затримка веде до погіршення стану хворого. При накопиченні великої кількості рідини у плевральній порожнині лікар проводить плевральну пункцію

Особливості догляду за хворими з абсцесом легень. Абсцес легені — це гнійне розплавлення легеневої тканини на обмеженій ділянці, оточеній запальним валиком. Основні симптоми: кашель з виділенням великої кількості

мокротиння, гарячка зі значними коливаннями температури тіла (увечері підвищується до 39—40 °С, а вранці знижується до 35—36 °С), яке супроводжується сильним потовиділенням і слабкістю. Хворі з абсцесом легені — це найтяжчі хворі пульмонологічних відділень, тому за ними необхідно здійснювати ретельний догляд. Таких хворих ізолюють, тому що їхнє мокротиння і дихання мають гнильний характер, а це негативно впливає на інших. Хворі повинні часто і ретельно полоскати рот блідорожевим розчином калію перманганату. Вологе прибирання, провітрювання палат здійснюють декілька разів на день. Мокротиння пацієнт протягом доби збирає в одну посудину і медична сестра доповідає про кількість виділеного мокротиння лікареві. Зміна кольору мокротиння, поява в ньому прожилків крові не повинні бути непоміченими медичною сестрою. Для поліпшення відкашлювання мокротиння хворому допомагають знайти найбільш зручне положення. Для зменшення запаху мокротиння в плювальницю наливають розчин калію перманганату. Потрібно ретельно доглядати за шкірою, здійснювати заходи профілактики пролежнів, стежити за фізіологічними відправленнями. Хворі потребують повноцінного харчування з великою кількістю аскорбінової кислоти. Необхідно стежити за своєчасним введенням ліків. Абсцес легені може ускладнитися легеневою кровотечею, у такому разі терміново викликають лікаря.

Оксигенотерапія—лікування киснем, використовують при багатьох захворюваннях. Тривале дихання киснево-повітряної суміші, позбавляє хворого кисневого голодування тканин (гіпоксії). Оксигенотерапію здійснюють інгаляційним і неінгаляційним (через травний тракт, підшкірно) методами. Перевозять і зберігають кисень у балонах блакитного кольору під тиском 150 атмосфер. Зберігають кисневі балони в приміщеннях на відстані від ogrіваючи приборів, захищених від прямої дії сонця, закріплених ланцюгом або ременем, при користуванні балоном, щоб руки не були змазані жирним кремом, маслами. В лікарнях балони із киснем повинні знаходитися в спеціальних ізольованих приміщеннях. Оксигенотерапія інгаляційним шляхом може проводитися централізованим шляхом: від балона через систему трубок і носовий катетер до хворого, через маску в кисневій палатці, в спеціальних камерах (гіпербарична оксигенація) і через кисневу подушку.

Визначення ступеню важкості хворого.

Визначення ступеню важкості хворого поводять в залежності від наявності і ступеню вираженості порушень життєвоважливих органів і систем.

Задовільний стан – функції життєвоважливих органів відносно компенсовані.

Стансередньої важкості – наявна декомпенсація життєвоважливих органів, але не є безпосередньою небезпекою для життя. Виражені об'єктивні і суб'єктивні ознаки хвороби: частота серцевих скорочень більше 100 чи менше 40 за 1 хвилину, аритмія, підвищений чи знижений АТ, частота дихальних рухів більше 20.

Важкий стан - декомпенсація життєвоважливих функцій являє небезпеку для життя і може призводити до інвалідизації. Ускладнений перебіг

хвороби. Кахексія, анасарка (тотальні набряки), різке зневоднення, судоми. Ознаки :блідість шкіри, ниткоподібний пульс, виражений ціаноз, гіперпіретична лихоманка або гіпотермія, невпинна рвота, профузний пронос.

Вкрай важкий стан – декомпенсація функцій наскільки виражена, що без невідкладної допомоги хворий може загинути протягом годин чи хвилин. Кома, обличчя гіпократа, пульс визначається тільки на центральних артеріях, артеріальний тиск не визначається, частота дихання більше 40 .

Термінальний – термінальна кома. АТ, пульс, дихання відсутні. На ЕКГ- мінімальна електрична активність.

Клінічна смерть – відсутність свідомості, центральний пульс, дихання, рефлекси не визначаються. Ознак біологічної смерті немає.

Догляд за хворими з патологією органів кровообігу.

Пульс – це періодичне, синхронне з діяльністю серця коливання стінок артерій, що викликано скороченням серця, вигнанням крові в артеріальну систему і зміною в ній тиску впродовж періоду систоли і діастоли. Поширення пульсової хвилі зумовлене здатністю стінок артерій до еластичного розтягнення і спадіння. Швидкість поширення пульсової хвилі коливається від 4 до 13 м/с, тобто значно перевищує лінійну швидкість течії крові, яка навіть у великих артеріях не перевищує 0,5 м/хв.

Пульс розрізняють **артеріальний, капілярний і венозний**. Найбільшого практичного значення для діагностики різних патологічних станів має артеріальний пульс. Дослідження артеріального пульсу дає можливість оцінити діяльність серця, властивості артеріальної стінки, висоті артеріального тиску, в деяких випадках про зміни клапанного апарату, температуру тіла та стан нервової системи.

Метод дослідження пульсу.

Основним методом дослідження пульсу є пальпація. Найкраще досліджувати пульс на променевої артерії, оскільки вона розташована поверхнево, під шкірою і добре пальпується між шилоподібним відростком променевої кістки і сухожилком внутрішнього променевого м'яза. Для дослідження пульсу кисть досліджуваного охоплюють в ділянці променево-п'ясткового суглоба так, щоб великий палець розташовувався на тильному боці передпліччя, а інші пальці – над артерією. Відчувши артерію, її притискають до прилеглої кістки, що полегшує визначення властивостей пульсу. Пульс досліджують на сонній, скроневої, підколінній, задній великогомілкової артеріях, тильній артерії стопи. Великого значення набуває дослідження пульсу на артеріях нижніх кінцівок, оскільки його ослаблення, а іноді і зникнення спостерігається у хворих на облітеруючий ендартеріт, атеросклероз.

Дослідження пульсу на променевої артерії необхідно починати одночасно на обох руках, тому що в патологічних випадках може спостерігатись помітна різниця в наповненні пульсу, інших його характеристиках. Різний

пульсспостерігається за наявності аномалії розташування артерій або виникає внаслідок стиснення однієї з променевих, плечових або підключичних артерій чи їх звуження. При наявності стенозу лівого атріовентрикулярного отвору різко збільшене ліве передсердя стискає ліву підключичну артерію і пульс на лівій руці стає гіршого (меншого) наповнення.

Пульс може бути відсутній у разі розвитку непрохідності артерії, зумовленою емболією. Різний пульс буває за наявності аномалії розташування артерій або виникає внаслідок стиснення однієї з променевих або підключичних артерій, їх звуження. Причиною стиснення артерії можуть бути рубці, збільшені лімфовузли, пухлини середостіння, загрудинний зоб, аневризми аорти. Різний пульс спостерігається в разі облітерації дуги аорти в місці відходження великих судин з втягненням у патологічний процес (неспецифічний аортоартеріт), внаслідок чого зменшується кровонаповнення, частіше лівої підключичної артерії, й зменшується або зникає пульс на лівій променевій артерії.

Відставання в часі (запізнювання) пульсу на одній руці іноді може бути зумовлене розвитком великої аневризми на шляху течії крові. За наявності аневризми дуги аорти запізнюється течія на лівій руці.

При дослідженні пульсу визначають такі його властивості:

1.Одинаковість – чи однакового наповнення променева артерія на обох руках. В нормі величина пульсу на обох руках однакова.

Ритм (правильний –p.regularis, неправильний –p.irregularis);

Частота – кількість пульсових хвиль за 1 хвилину (частий - p. frequens, рідкий - p. rarus);

Наповнення– властивість, що залежить від ударного об'єму, загальної кількості крові і її розподілу;

Для визначення судину повністю перетискають «проксимальним» пальпуючим пальцем. Після зняття стиснення «дистальний» палець відчуває наповнення першої пульсової хвилі (повний – p. plenus, пустий – p. vacuus);

4.Напруження – визначають силою, необхідною для повного перетиснення досліджуваної судини. Залежить від величини артеріального тиску і тону судинної стінки (твердий – p. durus, м'який – p. mollis);

Властивості артеріальної стінки– вивчають на променевій артерії і на інших. Після витиснення крові з судини вивчають властивості самої артерії. Для цього під пальпуючими пальцями “перекочують” судину, причому пальці повинні ковзати по ній як в поперечному так і в подовжньому напрямі.

Дослідження артеріального тиску.

Артеріальний тиск є фізіологічною величиною, тому він постійно змінюється під впливом великої кількості різноманітних факторів. Навіть у абсолютно здорових людей рівень АТ змінюється протягом дня.

Методика вимірювання артеріального тиску.

1.Вимірювання артеріального тиску повинно проводитися у спокійному оточенні після 5-хвилинного відпочинку.

2.Протягом 30 хв. до вимірювання пацієнт не повинен курити чи пити каву.

3.Манжета має охоплювати не менше ніж 80 % окружності плеча і покривати 2/3 його довжини. Використання занадто вузької або короткої манжети веде до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх заниження. Стандартна манжета (12-13 см у ширину та 35 см у довжину) використовується у осіб з нормальними та худими руками. У осіб з мускулистими або товстими руками повинна застосовуватись манжета 42 см у довжину, у дітей віком до п'яти років – 12 см у довжину.

4.Розміщують манжету посередині плеча на рівні серця, щоб її нижній край знаходився на 2-2,5 см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.

5.Спочатку визначають рівень САТ пальпаторним методом. Для цього необхідно визначити пульс на a. radialis і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт. ст. Далі необхідно накачувати по 10 мм рт. ст. до значення, при якому зникає пульсація. Той показник, при якому вона з'являється знову під час випускання повітря, відповідає САТ. Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультативним провалом» (зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи). Повторно повітря накачують на 20-30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.

6.Випускають повітря повільно – 2 мм за секунду і визначають I фазу тонів Короткова (появу) і V фазу (зникнення), які відповідають САТ і ДАТ. При вислуховуванні тонів Короткова до дуже низьких значень або до 0 за ДАТ вважають рівень АТ, що фіксується на початку V фази. Значення АТ закруглюють до найближчих 2 мм.

Вимірювання слід проводити не менше двох разів з інтервалом 2-3 хв. При розходженні результатів більше, ніж на 5 мм рт.ст., необхідно зробити повторні виміри через декілька хвилин.

При першому вимірюванні АТ слід визначати на обох руках, а також в положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі значення, які точніше відповідають внутріартеріальному АТ.

Вимірювання АТ на першій та п'ятій хвилинах після переходу в ортостаз необхідно обов'язково проводити у хворих похилого віку, а також у хворих з цукровим діабетом і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

В останні роки створено автоматичні прилади для вимірювання АТ, які за точністю не відрізняються від традиційного методу Короткова, які пройшли міжнародну сертифікацію і можуть використовуватися для професійного (лікарем або медичною сестрою) вимірювання АТ. Такі прилади для професіоналів слід відрізняти від апаратів для домашнього вимірювання АТ (пацієнтами).

Класифікація артеріальної гіпертензії (АГ) за рівнем АТ

Категорії	САТ мм рт. ст.	ДАТ мм рт. ст.
Оптимальний	< 120	< 80
Нормальний	< 130	< 85
Високий нормальний	130-139	85-89
<i>Гіпертензія:</i>		
I ступінь (м'яка АГ)	140-159	90-99
II ступінь (помірна АГ)	160-179	100-109
III ступінь (тяжка АГ)	≥ 180	≥ 110
Ізольована систолічна гіпертензія	≥ 140	≤ 90

Тиск нижче 100 на 60 мм. рт. ст. називається гіпотензією. А тиск вище **139 на 89** називається гіпертензією. Причому, від **130 до 139** та від **85 до 89 мм. рт. ст.** тиск називається ” високим нормальним” Гіпертензія та гіпотензія бувають патологічними (спостерігаються при есенціальній гіпертензії чи симптоматичних гіпертоніях, гіпотонії при серцево-судинній недостатності) і фізіологічними (гіпертензія під час фізичних навантажень,гіпотензія під час сну.

Основними симптомами при патології органів кровообігу є болі в області чи серця за грудиною, серцебиття, перебої в роботі серця, задишка, набряки.

Болі в ділянці серця - одна із найбільш характерних ознак. Причини болю можуть бути різні. Це і поразення коронарних судин (найбільш небезпечна причина, яка веде до розвитку інфаркту міокарду, кардіогенного шоку), неврози, поразення плеври, перикарду міжреберних нервів, м'язів, хребта, органів черевної порожнини. При болях внаслідок коронарної недостатності характерні ознаки: приступоподібний характер болів, локалізація болю за грудиною, поширення болю в ліву руку, лопатку, плече, шию, виникнення болю або внаслідок фізичного чи нервового перенапруження або у старшому віці вночі, або вдень у спокої.

Допомога:

- 1.Негайно викликати лікаря.
- 2.Посадити або положити хворого, забезпечивши йому повний фізичний і психічний спокій.
3. Дати хворому нітрогліцерин (1 таблетку під язик або 1-2 краплі 1% розчину нітрогліцерину на цукор під язик), і 30-40 крапель валокардину всередину.
4. Поставити на ділянку серця гірчичники.

Дія нітрогліцерину настає через 1-3хв. Якщо болі не проходять, можна повторити дачу нітрогліцерину.

Задишка при захворюваннях серця виникає внаслідок вмісту підвищеного вуглекислого газу в тканинах, яке виникає від застою крові в них. Ха-

рактерним для серцевої задишки є її підсилення в горизонтальному положенні і зменшення у вертикальному.

Допомога: Надати хворому півсидяче положення із опущеними ногами, негайно обмежити фізичну активність хворого, заспокоїти його. Провести оксигенотерапію шляхом подачі кисню через катетер або через маску.

Сильно виражена задишка (серцева астма) - одна із грізних ознак гострої серцевої недостатності. Приступ задухи виникає несподівано: дихання стає часте (30-40 в хв.), клекочуче, чутне на відстані, деколи виділяється рожеве пінисте харкотиння.

Допомога:

Покласти хворого в півсидяче положення з опущеними ногами, негайно викликати лікаря, дати нітрогліцерин під язик, виміряти АТ, дати дихати кисень з піногасником (замість зволоження через 96% спирт) накласти на ноги (15 см нижче пахової складки), на руку –10 см нижче плечевого суглобу. Через кожні 15-20 хв один із жгутів знімають і накладають на вільну кінцівку. Перетискають жгутами тільки вени, а артеріальний пульс нижче місця стискування повинен зберігатися. Якщо приступ серцевої астми появився вдома, хворого госпіталізують в спеціалізованій машині швидкої допомоги.

Набряки при захворюваннях серця розвиваються від скупчення рідини в тканинах в першу чергу у ходячих хворих на стопі, гомілках, а у лежачих - на поререку. При значних набряках - вони можуть поширитися на все тіло (анасарка), а набрякова рідина скупчується в порожнинах – плевральній (гідроторакс), черевній (асцит), перикарді (гідроперикард). Причиною набряків є підвищення тиску у венах і порушення водно-солевого обміну.

Догляд за хворими із набряками полягає в старанному догляді за шкірою, тому що можливість появи у таких хворих пролежнів дуже велика (порушене живлення тканин із-за застою в них крові), слідкуванням за дією резом та водним балансом, строго дотримуватися дієти, виключити введення ліків в сідничну ділянку (застій крові і ліки погано всмоктуються), давати хворим сечогінні засоби.

Гіпертонічним кризом називають різке підвищення у хворих гіпертонічною хворобою артеріального тиску, що супроводиться головним болем, особливо в потилиці, головокружінням, шумом в голові, нудотою, інколи блювотою, миготінням мушок перед очима.

Допомога:

Виміряти артеріальний тиск, покласти хворого із припіднятим головним кінцем, забезпечити повний фізичний і психічний спокій, дати приплив свіжого повітря, поставити гірчичники на потилицю і ікроножні м'язи, зробити гарячі або гірчичні ніжні ванни, холодний компрес до голови, підготувати необхідні лікарства, викликати лікаря.

Непритомність - це короткочасна втрата свідомості, яка обумовлена гострою недостатністю кровенаповнення судин головного мозку. Причиною його є сильні нервово-психічні подразнення (переляк, вигляд крові, больові подразнення), при перевтомі, хвилюванні, в душному приміщенні. Хворий

відчуває головокружіння, нудоту, в нього темніє в очах, він втрачає свідомість. Хворий блідий, покритий холодним потом, кінцівки холодні, слабкий частий пульс. В неускладнених випадках непритомність триває не більше 20-40 сек.

Допомога:

Хворого положити без подушки, або припідняти нижній кінець ліжка, звільнити грудну клітку від стискуючого одягу, збризнути обличчя і груди хворого холодною водою, піднести до носа хворого ватку, змочену нашатирним спиртом, розтерти скроні і груди руками, прикласти до ніг грілку, накрити і підготувати необхідні лікарства.

Колапс - це прояв гострої судинної недостатності із різким зниженням артеріального тиску і розладами периферичного кровообігу. Появляється слабкість, головокружіння, шум в вухах. Свідомість переважно зберігається, але хворі заторможені, майже не реагують на зовнішні подразники. Шкіра холодна, покрита холодним липким потом. Через деякий час губи, пальці рук і ніг стають синюшні. Риси обличчя загострені, пульс ниткоподібний, систолічний тиск нижче 80 мм рт. ст., а діастолічний визначити не вдається.

Допомога:

Негайно викликати лікаря. Хворому забезпечити повний спокій, горизонтальне положення в ліжку без підголовника із припіднятим нижнім кінцем. Хворого потрібно прикрити вовняною ковдрою, до ніг грілки, дати приплив свіжого повітря, підготувати необхідні лікарства (кофеїну натрію бензоату або сульфокамфокаїну або кордіаміну).

Одним із важких ускладнень захворювань серця є хронічна серцево-судинна недостатність. Її ознаки, це: задишка, набряки, виражений ціаноз, перебої в роботі серця, серцебиття.

Догляд за хворими з цією патологією полягає:

Слідкувати за вагою тіла і кількістю випитої рідини, вимірювати діурез хворого та водний баланс, профілактика пролежнів, дотримуватися дієти (стіл №10), зокрема вживати продукти багаті солями калію (картопля, курага, капуста, інжир) і кальцію (молоко, молочні продукти), які мають сечогінну дію. Харчування невеликим порціями, часте. Не вводити препарати в сідничний м'яз із-за порушеного всмоктування. Слідкувати за роботою кишечника (не допускати запорів).

Догляд за хворим із патологією органів травлення.

Основними проявами захворювань шлунково-кишкового тракту є болі в животі, диспептичні прояви, порушення стільця, шлунково-кишкові кровотечі.

Болі в животі, є одним із основних симптомів захворювань шлунково-кишкового тракту. Причини і характер болів в животі можуть бути різно-

манітні. Для захворювань шлунку і двенадцятипалої кишки (виразкова хвороба, гастрит) характерні болі, які зв'язані з прийманням їжі (натще, через 30 хв., 2 год. після приймання їжі), нічні болі. Болі, які зв'язані із захворюваннями кишечника, не зв'язані із прийманням їжі. За характером вони переважно тупі, ниючі, інколи ріжучі. Локалізуються вони переважно в середніх відділах живота. Перед тим, як хворому надати першу медичну допомогу, необхідно розпитати хворого про характер болів, їх зв'язок із прийманням їжі, вияснити, чи є диспептичні розлади. До приходу лікаря, потрібно покласти хворого, на живіт, дати міхур з льодом. Категорично забороняється давати хворому грілку і обезболюючі засоби.

Диспептичні розлади проявляються у вигляді відрижки, печії, нудоти, блювоти, відчуття переповнення шлунку після приймання їжі.

Відрижка – несподіване мимовільне виділення із шлунку в порожнину рота газів або невеликої кількості шлункового вмісту. Вона може бути наслідком прокотовтування надмірної кількості повітря (аерофагія) при швидкій їжі, неврозах, при застоях їжі в шлунку. Вона може бути повітрям, кисла, протухлим.

Печія – відчуття печії за грудиною або в епігастральній ділянці, яке деколи поширюється вгору аж до глотки. В її виникненні часто причиною є закидування кислого вмісту шлунку у стравохід. Зустрічається при гастритах із підвищеною кислотністю. Для того, щоб позбутися печії, необхідно хворим випити півсклянки лужної мінеральної води, молока або питтєвої соди із паленою магнезією. Для повної ліквідації цього симптому, необхідно лікувати основне захворювання.

Блювота – мимовільне викидування вмісту переважно шлунку, через рот, а інколи і ніс. Часта блювота приводить до виснаження хворого, обезводнення, втраті мікроелементів, зокрема калію. Вона часто зустрічається при виразковій хворобі шлунку і 12-палої кишки, гострому панкреатиті, раку шлунку і інших захворюваннях. При блювоті шлункового походження передують нудота, слинотеча, переважно вона приносить хворому полегшення. При блювоті мозкового походження полегшення, як правило, не настає. При блювоті медична сестра повинна бути біля хворого, спостерігаючи за його станом і надаючи йому допомогу, щоб не допустити аспірації блювотних мас.

Нудота, переважно передують блювоті, але може спостерігатися і без неї. Відчуття нудоти часто супроводжується поблідінням обличчя і сильною слюноотечею. При захворюваннях шлунку, вона буває часто після приймання їжі, особливо жирної, при пониженій секреції шлунку.

Для зменшення нудоти, хворому можна дати мятні краплі, смоктати кусочок лимону.

Шлунково-кишкова кровотеча зустрічається при виразковій хворобі, раку шлунку, цирозі печінки, травмах, отруєннях кислотами, гемороєм, раку прямої кишки і інших захворюваннях. Симптоми різноманітні і залежать від масивності кровотечі. При невеликих кровотечах спостерігається короткочасна

слабкість, блювота кровю, якщо кровотеча з шлунку, пізніше виділяється кал чорного кольору, дьогтеподібний (мелена). Такий кал говорить про кровотечу в шлунку або 12-палої кишки. Якщо кровотеча з товстого кишечника, то кал зафарбований кровю в червоний колір. Хворому із кровотечею створюють повний фізичний і психічний спокій, строгий постільний режим (транспортують обережно, причому головний кінець повинен бути опущений), холод на епігастральну ділянку, або на живіт, кровозупинні засоби.

Промивання шлунку

Здійснюється з лікувальною та діагностичною метою для видалення зі шлунку недоброякісної їжі, отрути, слизу.

Для промивання шлунку необхідно мати: товстий шлунковий зонд довжиною 1-1,5 м з воронкою подібно розширеним верхнім кінцем. В нього вставляють скляну воронку ємкістю приблизно 1л і отвором не менше 8 мм, з округленим кінцем та отворами з боків безпосередньо коло сліпого кінця. Стерилізують зонд та воронку в ЦСВ. Крім того, необхідно мати ємкість з водою, а також фартуха з клейонки для пацієнта та відро для зливу промивних вод.

Медична сестра стоїть зправа. Пацієнт широко відкриває рота, каже "а..." та глибоко дихає носом. Медична сестра швидким рухом вводить зонд за корінь язика, пацієнт закриває рота і робить кілька ковтальних рухів, після чого сестра проштовхує зонда по стравоходу. Якщо зонд скрутився або вискочив, його витягують та, заспокоївши пацієнта, вводять знову. Звичайно для промивання шлунку йде 8-10 л води.

Показання. Отруєння лугами, кислотами, лікарськими препаратами, грж-бами, солями важких металів, деякі захворювання шлунка (виразкова хворо-ба, гастрит, стеноз воротаря), споживання недоброякісної їжі.

Протипоказання. Органічні звуження стравоходу, гострі стравохідні та шлункові кровотечі, хімічні опіки слизової оболонки глотки тяжкого ступені, стравоходу та шлунка кислотами і лугами (через декілька годин після отруєн-ня), інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу.

Під час промивання необхідно стежити за станом пацієнта і промивни-ми водами. При появі там прожилок крові процедуру припиняють. Якщо промивання шлунка зумовлене отруєнням кислотами, його необхідно продовжувати.

Дітям, ослабленим і непритомним пацієнтам промивання шлунка про-водять у положенні лежачи на боці з низько опущеною і злегка поверну-тою набік головою. Зонд у шлунок непритомному пацієнту має вводити лікар-реаніматолог, який володіє технікою інтубації трахеї. По завершенні промивання шлунка лійку знімають, швидким рухом виймають зонд, зану-рюють його в 1 % розчин хлораміну, потім ретельно миють під струменем гарячої води, яку пропускають через трубку і де-кілька разів віджимають згори до низу.

Стерилізують зонд і лійку методом кип'ятіння протягом 15—20 хв, від-так у розібраному вигляді кладуть у переварену холодну воду.

Якщо пацієнт не може проковтнути зонд, його шлунок промивають в положенні лежачи беззондовим методом: дають випити 1—2 л теплого розчину натрію гідрокарбонату і, якщо блювання не настало, спричинюють його шляхом подразнення кореня язика або глотки пальцем або шпателем: процедуру повторюють декілька разів.

Для промивання шлунка використовують такі розчини: переварена вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, 1 % розчин хлоридної кислоти, 2 % розчин натрію гідрокарбонату, 0,02—0,1 % розчин калію перманганату. Температура розчину має бути 20 °С. Об'єм розчину залежить від віку дитини.

Після проведення маніпуляції обробляють зонд: промивання у воді за температури 40—50 °С протягом 1 хв, далі повне занурювання в 0,5 % розчин перекису водню з мийним засобом за температури 40—50 °С на 15 хв, потім виполіскування та кип'ятіння у дистильованій воді протягом 45 хв (із ОСТ 42-2-2-77 з оброблення індивідуальних зондів).

Дослідження секреторної функції шлунка

Для визначення характеру секреторної (кислотоутворювальної) функції шлунка нині використовують зондові та беззондові методи дослідження. До зондових належить багаторазовий (фракційний) метод дослідження за допомогою тонкого зонда завдовжки 1,5 м, діаметром 3—5 мм. Крім того, готують пробірки, лотки, лійку, шприц ємкістю 20 мл, рушник.

Для збудження секреції шлунка пацієнтові дають сік із капусти, 7 % відвар капусти, м'ясний бульйон, хлібний, кофеїновий, алкогольний та інші пробні сніданки, а також гістамін, пентагастрин та інсулін.

Не рекомендується одержувати шлунковий вміст за допомогою зонда при гіпертонічній хворобі II та III стадії, серцевій декомпенсації, порушенні дихання через ніс, ларингіті, загостренні хронічного гастриту або виразкової хвороби і дванадцятипалої кишки, холецистити, розширенні вен стравоходу, аневризмі аорти, схильності до кровотеч, викривленні шийно-грудного відділу хребта, вагітності.

Перед дослідженням медична сестра має попередити пацієнта, щоб за день до процедури він повечеряв не пізніше 18-ї години. Кількість їжі має бути обмеженою. У день дослідження пацієнтові не можна пити, їсти, приймати ліки, курити. Дослідження проводять уранці. Беруть шлунковий вміст у спеціальній кімнаті. До початку процедури медична сестра пояснює пацієнтові мету процедури, навчає його глибоко дихати через ніс. Пацієнт сідає біля столу на стілець, щільно притискується до його спинки, голову трохи нахиляє вперед. Медична сестра лівою рукою підтримує голову пацієнта, а правою вводить зонд. На вільний кінець зонда прилаштовує шприц ємкістю 20 мл для відсмоктування вмісту шлунка. Тонкий зонд, змочений водою, вводять у шлунок такими ж прийомами, як і товстий. Тримають зонд, як ручку при письмі, і вводять за корінь язика, злегка повертаючи його вперед і донизу, внаслідок чого кривизна глотки сплющується, надгортанник зміщується, звільнюючи шлях для зонда. Пацієнтові пропонують дихати глибоко через

ніс, стримувати блювотні рухи, а слину спльовувати в рушник. При позивах на блювання пацієнт має висувати зонд губами і глибоко дихати через ніс.

Після введення тонкого шлункового зонда одразу ж беруть вміст шлунка, далі протягом 1 год кожні 15 хв відсмоктують шлунковий сік. Потім через зонд у шлунок вводять пробний сніданок. Через 10 хв беруть 10 мл шлункового вмісту, а ще через 15 хв його повністю відсмоктують за допомогою шприца. Далі впродовж 1 год через кожні 15 хв беруть проби вмісту шлунка. Пробірки з одержаним шлунковим вмістом поміщають у штатив у такому порядку, в якому одержували проби. На кожен пробірник прикріплюють етикетку із зазначенням номера і направляють до лабораторії.

Найсильнішим фізіологічним стимулятором шлункової секреції є гістамін. Треба пам'ятати, що при гіпертонічній хворобі, бронхіальній астмі, алергійних захворюваннях його застосовувати протипоказано. При використанні гістаміну як стимулятора шлункової секреції за 15—20 хв до його введення пацієнтові вводять антигістамінні препарати — супрастин або димедрол. Натще беруть уміст шлунка, а потім вводять 0,5 мл 0,1 % розчину гістаміну підшкірно і протягом 1 год кожні 15 хв відсмоктують шлунковий вміст. Ускладнення, що виникають при відсмоктуванні шлункового вмісту за допомогою шлункової секреції 0,1 % розчином гіс-опомогою тонкого зонда.

Спазм стравоходу та глотки усувають, вливши через зонд, який не виймають, трохи теплої води. При появі в шлунковому вмісті значної кількості крові (поява свіжої крові у вигляді прожилок пов'язана з ушкодженням дрібних судин слизової оболонки стравоходу або шлунка зондом при його введенні або вийманні) відсмоктування вмісту припиняють. Зонд обережно виймають. Пацієнта заспокоюють, вкладають у ліжку, дають випити 10 % розчин кальцію хлориду, вікасол, а на ділянку живота кладуть міхур з льодом. У емоційно лабільної особи при появі крові в шлунковому вмісті може розвинутися зомління. У такому разі дослідження припиняють, на пацієнта бризкають холодною водою, дають понюхати тампон, змочений нашатирним спиртом.

Нині поширення набув рН-метричний спосіб взяття шлункового соку за допомогою зонда, на кінці якого розміщена олива із вмонтованими в неї сурм'я-нокаломелевими електродами. Це дає змогу визначити рН шлункового соку в різних його відділах. Застосовують також радіометричне дослідження шлункового вмісту за допомогою електронного приладу, який вводять у шлунок.

Дуоденальне зондування

Дуоденальне зондування здійснюють з діагностичною метою: в одержаних порціях жовчі визначають наявність лейкоцитів, клітин відшарованого епітелію, одноклітинних паразитів, жовчного піску. Його виконують також з лікувальною метою. Так, звільнення жовчного міхура і печінкових проток від жовчі сприяє усуненню застійних явищ, отже — утворенню каменів у жовчному міхурі і подальшому розвитку запального процесу.

Для проведення дуоденального зондування беруть тонкий гумовий зонд завдовжки 1,5 м, діаметром 3,5—5 мм, на кінці якого є олива, штатив з пробірками, шприц ємністю 10 або 20 мл, лакмусовий папір. Щоб дуоденальне зондування відбулося успішно, необхідно ретельно підготуватися до нього. За 2—3 дні до цього пацієнтові рекомендують вилучити з раціону продукти, які зумовлюють здуття кишків (капусту, картоплю, молоко, чорний хліб). Зондування проводять у спеціально відведеному приміщенні. Під час процедури пацієнта не можна залишати самого. Медична сестра пояснює йому хід процедури, заспокоює його. Зондування проводять натще. На зонді є три мітки: 1-а — на відстані 45 см (відповідає відстані до кардіальної частини шлунка); 2-а — 70 см (відстань до воротаря); 3-я — 90 см (відстань до дванадцятипалої кишки). При цьому треба враховувати зріст і конституцію пацієнта. У положенні пацієнта стоячи на зонді вимірюють відстань від пупка до різців. Далі пацієнта саджають на стілець, беруть зонд за металеву оливу I, II і III пальцями правої руки і вводять за корінь язика, пропонуючи пацієнтові глибоко дихати через ніс.

При появі позивів до блювання пацієнт має губами затиснути зонд і глибоко дихати через ніс, після чого намагатися проковтнути зонд до 1-ї мітки. Ковтати зонд треба повільно, щоб він не згорнувся. Далі пацієнтові пропонують походити по кімнаті, продовжуючи потроху ковтати зонд до мітки 70 см, або лягти на правий бік і підкласти під голову валик (подушка, яка поставлена ребром, або згорнута ковдра). Поверх валика або подушки необхідно покласти грілку, загорнуту в рушник, щоб не обпекти хворого. Ноги мають бути зігнутими в колінах. Пацієнт продовжує повільно і поступово ковтати зонд. Зонд просувається через воротар шлунка у дванадцятипалу кишку завдяки перистальтиці шлунка протягом 1—1,5 год. Вільний кінець зонда опускають у пробірку, що міститься в штативі нижче узголів'я ліжка пацієнта. Доки олива перебуває в шлунку, із зонда витікає мутний шлунковий вміст, який має кислу реакцію (змочений ним синій лакмусовий папір стає червоним), при просуванні її у дванадцятипалу кишку починає витікати прозора жовта жовч, яка має лужну реакцію (змочений нею червоний лакмусовий папір стає синім). У міру витікання жовчі кожні 5 хв кінець зонда переносять у наступну пробірку. Якщо зонд згорнувся і жовч не виділяється, його дещо виймають, відтак пацієнт знову його ковтає. Аби з'ясувати чи опинився зонд у дванадцятипалій кишці, застосовують пробу повітрям. За допомогою шприца вводять у зонд (на півсклянки холодної води) маслинову олію, 1—2 яєчних жовтки, 20 мл 40 % розчину глюкози тощо.

Уводять незначну кількість повітря. Якщо зонд у шлунку, пацієнт відчуває надходження туди повітря і гурчання. Якщо такі відчуття відсутні, зонд у дванадцятипалій кишці. Іноді зонд тривалий час неможливо просунути до дванадцятипалої кишки внаслідок спазму воротаря. Для купірування спазму можна ввести 100 мл 2 % розчину натрію гідрокарбонату і перетиснути зонд на 10—15 хв, після чого продовжити зондування.

Через 10—20 хв після появи жовчі (порція А) через зонд уводять одну з речовин, яка зумовлює скорочення жовчного міхура: 30—50 мл 33 % розчину магнію сульфату, підігрітого до 60 °С, розчин сорбіту (1—2 столові ложки); якщо після введення подразника скорочення жовчного міхура не відбувається, подразник уводять ще раз. Магнію сульфат протипоказано призначати при кольках та схильності до проносу.

На 5—7 хв зонд перетискають, вільний кінець його опускають у пробірку. З жовчного міхура починає надходити темна жовч (порція В), а потім світліша — печінкова (порція С).

Процедура дуоденального зондування виснажлива. Якщо протягом 1—1,5 год жовч не з'являється, зондування припиняють і призначають по-вторну процедуру не раніше ніж за 24 год.

Після одержання всіх трьох порцій жовчі зонд виймають, занурюють в 1 % розчин хлораміну, потім кип'ятять протягом 15 хв. Жовч одразу досліджують, адже під дією ферментів клітинні елементи швидко руйнуються.

Слід пам'ятати, що під час проведення зондування можуть виникнути такі ускладнення: поява крові в дуоденальному вмісті (у такому разі треба негайно припинити процедуру); вегетативні реакції (слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, серцебиття). Щоб їх уникнути, потрібно ввести кальцію хлорид, який є антагоністом магнію сульфату.

П'ятифазове дуоденальне зондування дає можливість визначити не тільки характер дуоденального вмісту, а й об'єм окремих частин жовчної системи і тонус її сфінктерів. Набір технічних засобів такий, як і для попередньої процедури, а також годинник. Техніка введення зонда така сама, як при звичайному дуоденальному зондуванні.

Перша фаза (холедохус-фаза). Загальна жовчна протока і притоки підшлункової залози розслаблені; із загальної жовчної протоки витікає незначна кількість світлої жовчі. Тривалість 14—16 хв.

Друга фаза. Загальна жовчна протока і протока підшлункової залози закриті від часу введення подразника до появи забарвленого жовчю секрету. Тривалість 3—5 хв.

Третя фаза — жовч А (від розкриття загальної жовчної протоки і протоки підшлункової залози до появи темної жовчі з жовчного міхура). Тривалість 3—4 хв. Виділяється 3—4 мл світлої жовчі з протоки жовчного міхура і загальної жовчної протоки.

Четверта фаза — жовч В (розслаблення сфінктера Люткенса та спороження жовчного міхура). Тривалість 20—30 хв. Виділяється 25—45 мл темної жовчі.

П'ята фаза — жовч С (настає наприкінці виділення жовчі В). Об'єм жовчі менший, ніж у четвертій фазі.

ПРАВИЛА ВЗЯТТЯ КАЛУ НА ДОСЛІДЖЕННЯ

Кал формується в товстому кишечнику і складається з рештків їжі, в основному із рослинної клітковини. Частину маси калу складають живі і мер-

тві мікроби. Кал для дослідження повинен бути зібраний в чисту, суху і достить простору, по можливості скляну посудину. Збирають кал відразу після дефекації, бажано в теплому вигляді, щоб не відбулися зміни в ньому під дією ферментів і мікроорганізмів. Для дослідження кал краще посилати після самостійного акту дефекації.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА ЯЙЦЯ ГЛИСТІВ

Для аналізу на яйця глистів кал доставляється в лабораторію в невеликій кількості в сухій скляній посудині без підготовки пацієнта.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА ВЕГЕТАТИВНУ ФОРМУ

Кал повинен бути обов'язково свіжо виділений. Досліджувати необхідно не пізніше 15-20 хв після дефекації, тому що вегетативні форми швидко гинуть в зовнішньому середовищі. Кал на найпростіші не досліджують після масляних клізм, прийому барію, вісмуту інш.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА КОПРОГРАМУ

Збір матеріалу після попередньої підготовки пацієнта (протягом 4-5 днів пацієнт одержує дієтичне харчування за Шмідтом та Певзнером) в посудину світлого скла ємкістю від 30 до 100 (250) мл.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА ПРИХОВАНУ КРОВ (РЕАКЦІЯ ГРЕГЕРСЕНА)

Протягом 4-5 днів перед дослідженням виключають з їжі яйця, м'ясо, рибу, яблука, зелені овочі та ліки з карболеном, вісмутом, залізом.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА КИШКОВУ ГРУПУ ІНФЕКЦІЇ (САЛЬМОНЕЛЬОЗ, ДИЗЕНТЕРІЯ, ЕНТЕРОПАТОГЕННІ КИШЕЧНІ ПАЛИЧКИ)

Нативний матеріал збирається активним методом в пробірку з консервантом за допомогою ректальної петлі чи пасивним методом з індивідуального судна, відмитого від дезрозчину, за допомогою дерев'яної палички. 3-5 гр фекалій розміщують в стерильну баночку чи пробірку. Доставка в лабораторію - негайно, допускається зберігання матеріалу в холодильнику, якщо забір виконаний пізніше 15.00.

ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА ДИСБАКТЕРІОЗ.

Нативний матеріал збирається в стерильну суху баночку (готує посуд лише бак лабораторія) в кількості 1-2 грамів. Недоцільно назначати цей вид обстеження на фоні антибактеріального лікування і лікування біопрепаратами.

Якщо такі застосовуються, це необхідно вказати в направленні.
Доставка в лабораторію негайно.

ЗІСКОБЛЮВАННЯ НА ЕНТЕРОБІОЗ

Зіскоблювання виконується м/с у відділенні з анальних складок пацієнта вранці без попереднього підмивання. Береться прозора клейка стрічка (скотч) і шматочок прикладається до анального отвору, потім його прикріплюють на скло і відправляють в лабораторію.

Види клізм.

Клізми – це введення в нижній відрізок товстої кишки різних рідин з лікувальною та діагностичною метою. Є клізми: очисні, сифонні, послаблюючі, лікувальні і живильні.

Протипокази: гострий апендецит, гострі запальні захворювання товстої кишки є нахилом до кровотеч, тріщин випадіння прямої кишки, розпад пухлини прямої кишки, апендецит, перші доби після операції на кишечник

Очищувальна клізма

Застосовується для звільнення кишечника від калових мас та газів; виконуються за призначенням лікаря.

Показання:

- затримка стільця,
- підготовка до операції, ендоскопії товстої кишки, до рентгенологічного дослідження;
- отруєння та інтоксикація;
- перед здійсненням лікувальної та крапельної клізми.

Протипоказання:

- запальні явища в прямій та товстій кишках,
- при кровотечі з гемороїдальних вузлів,
- випадінні прямої кишки,
- шлункові та кишкові кровотечі.

Для виконання очищувальної клізми, окрім кувалки Есмарха, необхідно мати штатив для її підвішування, термометр для вимірювання температури рідини (вода кімнатної температури), клейонку, таз, підкладне судно.

Пацієнта кладуть на кушетку або на ліжко ближче до краю на лівий бік із зігнутими і підтягнутими до черева ногами. Якщо хворому не можна ворухтись, він лежить на спині. Під сідниці підкладають клейонку, вільний край якої опускають в таз на випадок, якщо пацієнт не втримає воду, і підкладають підкладне судно.

В кувалку Есмарха наливають 1-1,5 л води кімнатної температури, піднімають її догори і опускають наконечник униз, щоб заповнити систему і випустити водночас наявне в ній повітря, кран на гумовій трубці закривають. Перевіряють, чи не розбитий наконечник, рясно змащують його вазеліном і починають вводити його в задньопрхідний отвір, попередньо розсунувши лівою рукою сідниці пацієнта. Вводять наконечник на 8-10 см, спочатку догори і вперед (орієнтир - пупок), а потім повертають трохи ззаду легкими обертальними рухами, долаючи опір зовнішнього сфінктера. Якщо наявні ви-

ступаючі зморшки слизової оболонки або гемороїдальні вузли, потрібно ввести наконечник між ними, дбаючи, щоб їх не зачепити.

Якщо зустрічаються перешкоди, наприклад, трубка упирається в стінку кишки або в твердий кал, потрібно витягнути її на 1-2 см і викрити кран. Кухоль Есмарха піднімають на висоту до 1 м, і вода під тиском поступає в товсту кишку. При закупорці наконечника каловими масами його потрібно , прочистити і ввести знову. Якщо пряма кишка заповнена калом, пробують розмити його водою. Іноді калові маси бувають настільки твердими, що зробити клізму неможливо. В таких випадках доводиться діставати кал з прямої кишки пальцем, попередньо одягнувши гумову перчатку, змащену вазеліном. При метеоризмі вводять в кишку всю рідину, залишивши на донці кухля трохи води, закривають кран, що регулює поступлення рідини, і поступово обертальними рухами дістають наконечник. Бажано, щоб пацієнт утримав воду на протязі 10 хвилин. Для цього він повинен лежати на спині і глибоко дихати.

Сифонна клізма

Показання:

- кишкова непрохідність,
- отруєння токсинами,
- вилучання газу та промивання нижньої частини товстої кишки з метою лікування.

Задля швидкого випорожнення кишечника найкращим способом є сифонний метод (багаторазове промивання кишечника), основою якого є принцип сполучених посудин.

На виконання процедури необхідно приготувати простерилізовану трубку довжиною 1,5 м та діаметром 1,5 см з надітою на зовнішній кінець лійкою (вмістом біля 0,5л), глек на 5-8 л для де-зінфікуючої рідини (слабкий розчин перманганату калію, 22% розчин гідрокарбонату натрію), або перевареної води, підігрітої до 38⁰ С і відро (10 л) на злив води.

Пацієнта кладуть на лівий бік або на спину, під сідниці підкладають клейонку, а біля ліжка ставлять відро на злив води та глек із рідиною.

Кінець гумової трубки, що вводять у пряму кишку, рясно змащують вазеліном і просувають вперед на 20-30 см . Потрібно стежити, щоб гумова трубка не скрутилася в ампулі прямої кишки, контролюючи її положення при необхідності пальцем.

Лійку слід тримати трохи нижче тіла пацієнта, у нахильному стані. Потім повільно лійку наповнюють рідиною та підносять вище тіла на 0,5 м. Вода починає спадати, потрапляючи до кишечника. Коли рівень спадаючої рідини досягне звуження лійки, необхідно опустити її над тазом, не перехиляючи до тих пір, доки рідина не повернеться у лійку. Така позиція лійки надає змогу побачити бульбашки повітря , частинки калу. Цей вміст лійки зливають у таз, лійку знову наповнюють рідиною. Таку маніпуляцію повторюють декілька разів. Необхідно простежити, щоб введена кількість рідини дорівнювала виведеній кількості. Піднімаючи та опускаючи лійку, промивають кишечник, доки не припиняться відходження газу та у лійку не почне надхо-

дити чиста вода. Інколи на сифонну клізму необхідно 10 л води. Необхідно стежити, щоб лійка, коли її наповнюють рідиною, була у нахиленому стані і повітря не потрапляло у кишечник, тому що це утруднить його промивання. По закінченні процедури лійку знімають, а гумову трубку залишають у прямій кишці на 10-20 хвилин, спустивши її зовній кінець у таз для зливу решти рідини та відходження газу.

Маніпуляцію виконують у гумових рукавичках.

Гіпертонічні клізми

Гіпертонічні клізми викликають активну послаблюючу дію без різкої перистальтики кишечника. Як правило, задля гіпертонічних клізм використовують 5-10% р-н хлориду натрію, 20-30% р-н сульфу-ту магнію або сульфату барію. У пряму кишку вводять 100-200 мл теплої розчину за допомогою гумового балону "груші".

Протипоказанням є наявність запальних та виразкових процесів у нижньому відділі товстої кишки.

Олійна клізма

Олійну клізму застосовують, якщо очисна клізма не є ефективною, а також у ранньому післяопераційному періоді на органах черевної порожнини, після пологів, при численних набряках.

Вкладіть пацієнта на лівий бік із зігнутими та приведеними до черева ногами, введіть газовідвідну трубку у пряму кишку на глибину 15-20 см, під'єднайте до трубки грушовидний балон і повільно введіть 100-200 мл олії, попередньо підігрітої до 37 °С. Введена у кишечник олія обволікує та розмиває калові маси. Після олійної клізми випорожнення кишечника настає за 10-12 годин.

Крапельна клізма

Для крапельної клізми користуються такою самою системою, як і для очисної. Різниця полягає в тім, що у гумову трубку, приєднуючу наконечник до кружки Есмарха, вставляють крапельницю із затискувачем. Його регулюють таким чином, щоб рідина із гумової трубки потрапляла (надходила) у пряму кишку не струмком, а краплями.

Поживна клізма

Як правило, ставлять через 1 годину після очищувальної і повного опорожнення кишечника. Температура рідини повинна бути 38-40 градусів.

Ставити поживну клізму рекомендовано не частіше 1-2 рази на день, тому що можна викликати подразнення слизової оболонки прямої кишки.

Поживну клізму вводять повільно, під невеликим тисненням через м'який наконечник гумового балону. Пацієнт лежить на лівому боці з зігнутими в колінах ногами або на спині з піднятим тазом. Після клізми пацієнт повинен спокійно лежати близько години.

Якість постановки клізм і ефект від них багато в чому залежить від знань і відповідального відношення медсестри. Якщо пацієнту не заборонено ходити, його запрошують в клізменну і не залишають одного до повного

опорожнення кишечника. Якщо ж необхідно клізму робити в палаті, бажано біля ліжка поставити ширму, щоб не травмувати психіку пацієнта. Після видалення підкладного судна обробляють ділянку заднього проходу, забирають ширму, провітрюють палату в будь яку пору року.

Маніпуляцію виконують в рукавичках.

Сифонну клізму застосовують при відсутності ефекту від очисної, при кишковій непрохідності, отруєнні, підготовці хворого до операції на товстому кишечнику.

Послаблюючі клізми (олійна, гіпертонічна, емульсійна) застосовують при стійких запорах і неефективності очисної клізми, у перші дні після операцій на органах черевної порожнини, після родів.

Лікувальні клізми служать для введення в пряму кишку деяких ліків. Вони є місцевої і загальної дії. Клізми місцевої дії переважно застосовують в мікроклізмах (максимальна кількість до 200 мл), мають протизапальну і обволікаючу дію. Клізми загальної дії використовують у випадках, коли ліки не можна ввести через рот або парантерально.

До 200 мл ліки можна вводити у мікроклізмах, а більше 200 мл – крапельним шляхом.

Живильні клізми теж можна вводити як у мікроклізмі так і крапельним способом.

При накопиченні великої кількості газу в кишках (метеоризмі), у пряму кишку вводять газопровідну трубку. Протягом доби трубку можна вводити 2-3 рази через певні проміжки (1 годину). Виведення газів із кишечника можливе і при очисній клізмі. Газопровідну трубку застосовують, коли ні спеціальна дієта, ні приймання активованого вугілля або настою ромашки не дає ефекту, а метеоризм значно турбує хворого.

Догляд за пацієнтами з порушенням функцій нирок і сечовивідних шляхів.

Клінічні симптоми захворювань нирок і сечовидільної системи: біль у попереку, набряки, підвищення артеріального тиску.

Біль пов'язаний із захворюванням нирок або сечоводів, локалізується в ділянці попереку й іррадіює в ділянку статевих органів, внутрішню поверхню стегон. При захворюваннях сечового міхура біль внизу живота, за лобком та в ділянці крижів. Біль у сечівнику виникає при його запаленні, носить різучий характер і посилюється при сечовипусканні.

Ниркова коліка – синдром, який характеризується раптовим переймистим болем у ділянці попереку з іррадіацією по ходу сечоводу, у пахвинну ділянку, зовнішні статеві органи, стегно, що зумовлено проходженням каменя по сечоводу. Різде порушення виділення сечі призводить до підвищення тиску в нирковій мисці, розтягнення ниркової капсули і виникнення нападів болю. Може супроводжуватись дизуричними розладами і макрогематурією, ре-

флекторною нудотою, блюванням, підвищенням температури, хворі неспокійні.

Допомога при нирковій колиці:

1. Забезпечити хворому повний фізичний і психічний спокій.
2. Тепле питво.
3. Застосування тепла (грілка на поперек або гаряча ванна Т 38-39° 10-20 хв.)
4. Ін'єкції спазмолітичних препаратів, холінолітиків, наркотичних анальгетиків.

Набряки виникають внаслідок підвищення проникливості капілярів, втрати білка із сечею, зниження його вмісту в крові з подальшим зменшенням колоїдно-осмотичного тиску плазми, затримки іонів натрію в організмі. Характерною ознакою набряків ниркового походження є їх локалізація в тих ділянках, де багато рихлої підшкірної жирової клітковини, спочатку вони з'являються на обличчі. Період наростання набряків супроводжується олігурією.

Артеріальна гіпертензія виникає внаслідок погіршення кровообігу в нирках і подальшого виділення в них реніну, який сприяє підвищенню артеріального тиску. Ниркова артеріальна гіпертензія достатньо стійка і при тривалому перебігу призводить до перевантаження лівого шлуночка і розвитку серцевої недостатності, ураження судин сітківки ока і погіршення зору, розладу мозкового кровообігу. При виявленні у пацієнтів із захворюваннями нирок артеріальної гіпертензії здійснюють систематичний контроль артеріального тиску; хворим обмежують вживання кухонної солі, призначають регулярне вживання гіпотензивних засобів у сполученні із сечогінними препаратами.

Ниркова недостатність – розвивається при зниженні концентраційної функції нирок, відбувається нагромадження продуктів білкового обміну (сечовини, креатинін та ін.), які призводять до порушення кислотно-основного стану організму (ацидозу), тяжким порушенням функцій серцево-судинної і дихальної систем, центральної нервової системи, органів травлення. Ниркова недостатність може бути гострою і хронічною.

Гостра ниркова недостатність виникає внаслідок різкого зменшення кровообігу в нирках, отруєння нефротоксичними отрутами, порушення відтоку крові із нирок через здавлювання сечоводів. Клінічно гостра ниркова недостатність характеризується тяжким загальним станом хворих з розладом свідомості, задишкою, явищами серцево-судинної недостатності, нудотою, блюванням, олігурією. У ряді випадків тяжка уремія, яка наростає, призводить хворого до смерті. При сприятливому перебігу через 2 тиж. поступово збільшується діурез, причому стадія олігурії змінюється значним збільшенням кількості добової сечі (поліурією), відновлюється концентраційна функція нирок, що проявляється нормалізацією вмісту сечовини і креатиніну в крові.

Хронічна ниркова недостатність виникає внаслідок тривалого перебігу хронічних захворювань нирок і характеризується поступовим зниженням концентраційної функції нирок. У початковий період хронічну ниркову недостатність вдається виявити по зміні нормального ритму виділення сечі (поява ніктурії). При цьому в аналізі сечі за методом Зимницького спостерігається тенденція до зниження відносної щільності сечі у всіх порціях (ізогіпостенурія). У пізніх стадіях ниркової недостатності, коли різко збільшується рівень азотистих шлаків у крові (азотемія), останні починають виділятися через дихальні шляхи, обумовлюючи запах сечовини із рота, через шлунково-кишковий тракт, сприяючи виникненню невпинної нудоти, блювання, проносу. Прогресують тяжкі порушення серцевої діяльності, розлади функцій центральної нервової системи з переходом в уремичну кому.

При лікуванні, спостереженні і догляді за хворими з хронічною нирковою недостатністю передбачають зниження білка в харчовому раціоні (до 30—40 г на добу, а в тяжких випадках — до 20—25 г на добу) перш за все за рахунок виключення м'яса і риби. Обмежують вживання кухонної солі до 2—3 г на добу. При тяжкому уремичному ураженні шлунково-кишкового тракту застосовують повторні промивання шлунка і очисні клізми з використанням 2% розчину натрію гідрокарбонату. Здійснюють корекцію кислотно-основного стану організму (внутрішньовенно вливають 5% розчин натрію гідрокарбонату). З метою симптоматичної терапії застосовують сечогінні і гіпотензивні засоби. У тяжких випадках ставлять питання про застосування гемодіалізу або про можливість пересадки нирки.

Діурез та його порушення: поліурія, олігоурія, анурія.

Добовий діурез – кількість сечі, що виділяє людина на добу. Визначають за допомогою градуйованого флакона після кожного сечовипускання, записують дані і сечу виливають у туалет. Результат записують у температурний листок або листок інтенсивного спостереження і терапії. Добовий діурез необхідно співставити з водним балансом – кількість випитої і введеної парентерально рідини людині, враховуючи рідкі страви, овочі, фрукти. Він повинен складати не менше 75-80% усієї води, що надійшла в організм приблизно 1,2-1,5 л, решта рідини виділяється через шкіру, легені, кишечник. Денний діурез повинен становити 2/3 від добового, а нічний – 1/3.

Позитивний діурез – якщо кількість виділеної сечі більша, ніж кількість випитої рідини (при призначенні сечогінних засобів).

Негативний діурез – якщо кількість виділеної сечі менша, ніж кількість вжитої рідини (означає затримку сечі в організмі – набряки). М.б. при рясному потовиділенні, повторних блюванні чи проносі.

Дизуричні розлади:

Ніктурія – явище при серцевій недостатності та захворюваннях нирок, коли нічний діурез перевищує денний.

Анурія – повне припинення виділення сечі.

Ишурия – рефлекторне припинення сечовипускання або через закриття сечовипускного каналу пухлиною передміхурової залози, каменем.

Олігурія – виділення сечі, менше ніж 500 мл (причиною м.б. захворювання нирок, серця, блювання, пронос).

Поліурія – виділення сечі понад 2 л на добу (при захворюваннях нирок, діабеті).

Гематурія – наявність еритроцитів в сечі.

Лейкоцитурія – наявність великої кількості лейкоцитів в сечі.

Піурія – наявність гною в сечі.

Бактерійурія – наявність бактерій в сечі.

Протеїнурія – наявність білка в сечі.

Особливості догляду за пацієнтами в нефроурології: часте провітрювання палати, вологе прибирання, стежити за чистотою білизни, особистою гігієною, застосовувати судно або сечоприймач. Контроль сечовиділення (кількість, колір), збирання сечі для лабораторних досліджень. Харчування пацієнтів відповідно дієти №7а, №7.

Заходи в разі затримки сечі.

Катетеризація сечового міхура: показання, протипоказання, види катетерів, методика.

Затримка сечовипускання (ішурия) полягає в неспроможності самостійно помочитися

Причини затримки сечі:

-порушення прохідності сечовивідного каналу (при аденомі передміхурової залози, при нирковій коліці);

-в післяопераційному періоді після операції на органах черевної порожнини;

-в післяпологовому періоді;

-при порушенні нервової регуляції функції сечового міхура внаслідок захворювань нервової системи;

-звуження шийки сечового міхура і сечівника, пухлини;

-парадоксальна ішурия – виділення сечі по краплях при повному сечовому міхурі.

Катетеризація сечового міхура – введення катетера в сечовий міхур.

Цілі катетеризації

1.Лікувальна: виведення сечі з міхура при гострій затримці сечі; промивання сечового міхура, введення лікарських засобів в сечовий міхур.

2.Діагностична: збір сечі для дослідження, при неможливості виконання цієї маніпуляції за загальними правилами; введення рентгенконтрасної речовини у сечовий міхур.

Протипоказання:

-Пошкодження уретри;

-Стискання уретри аденомою передміхурової залози.

Види катетерів:

-м'який (гумовий);

- еластичний (пластмасовий);
- твердий (металевий).

Ускладнення після катетеризації:

- кровотеча, яка виникає внаслідок травмування слизової оболонки сечовипускального каналу;
- інфікування сечовивідних шляхів внаслідок недотримання правил асептики;
- уросепсис при швидкому всмоктуванні інфікованої сечі у кров'яне русло через пошкоджену слизову сечовипускального каналу.

Допомога пацієнту з приводу нетримання сечі.

Нетримання сечі: проявляється періодичним мимовільним виділенням сечі, іноді краплями, а частіше у значній кількості, причому хворі не можуть контролювати сечовипускання, це може спричинити швидку мацерацію шкіри і розвиток пролежнів.

Причини:

- ушкодження або порушення тону сфінктера сечового міхура;
- вади розвитку сечового міхура та сечовипускального каналу;
- випадання жіночих статевих органів;
- захворювання ЦНС;
- загальне виснаження.

У хворих з нетриманням сечі стежать за чистотою натільної і постільної білизни, використовують сечоприймач або підкладне судно, памперси, регулярно підмивають.

Спостереженні і догляд за хворим з хронічною нирковою недостатністю

1. Передбачають зниження білка в харчовому раціоні (до 30—40 г на добу, а в тяжких випадках — до 20—25 г на добу) перш за все за рахунок виключення м'яса і риби.

2. Обмежують вживання кухонної солі до 2—3 г на добу.

3. При тяжкому уремичному ураженні шлунково-кишкового тракту застосовують повторні промивання шлунку і очисні клізми з використанням 2% розчину натрію гідрокарбонату.

4. Здійснюють корекцію кислотно-основного стану організму (внутрішньовенно вливають 5% розчин натрію гідрокарбонату).

5. З метою симптоматичної терапії застосовують сечогінні і гіпотензивні засоби.

6. У тяжких випадках ставлять питання про застосування гемодіалізу або про можливість пересадки нирки.

Правила взяття аналізу сечі для дослідження за методиками Зимницького, Нечипоренка, Аддіса-Каковського та їх діагностичне значення

Методика збору сечі на загальний (клінічний) аналіз.

Уся ранкова сеча збирається у чистий, завчасно приготований медперсоналом посуд ємністю від 100 до 300 мл. Посуд повинен бути маркірованим, де вказується дата, віділення, ПІБ, вік, діагноз дитини. Дітям, які не контролюють фізіологічні відправлення (перші роки життя або важкий стан) сечу збирають у спеціальний одноразовий сечоприймач.

Взяття сечі для дослідження за методикою Нечипоренка

За допомогою цього метода визначається кількість лейкоцитів, еритроцитів і циліндрів в 1 мл сечі.

Правила збору: у чисту склянку збирається не менше 10 мл сечі із середньої порції першого ранкового сечовипускання. У періоді грудного віку середню порцію зібрати вкрай важко, тому, при даному дослідженні якомога ретельніше здійснюють туалет дитини, а сеча збирається за допомогою спеціального сечозбірника (окремо призначеного для хлопчиків та дівчаток). Сеча повинна бути доставлена у лабораторію протягом однієї години після сечовипускання.

Взяття сечі для дослідження за методикою Аддіс-Каковського. Цим методом визначається кількість лейкоцитів і еритроцитів, (циліндрів) в добовій кількості сечі.

Правила збору:

-напередодні пацієнт повинен приймати більше білкової їжі, менше рідини і не пити в нічний час;

-увечері перед сном необхідно відзначити час останнього сечовипускання;

-протягом 12 годин необхідно збирати сечу в одну посудину (в лабораторії буде зроблений перерахунок на 24 години);

-вимірюють увесь об'єм сечі і доставляють в лабораторію 100-200 мл.

Нормативні дані:

лейкоцити – не більше 2 000 000;

еритроцити – не більше 1 000 000;

циліндри гіалінові – не більше 20 000.

Взяття сечі для дослідження за методикою Зимницького

Цей метод визначає функціональну здатність нирок. Проба Зимницького дозволяє судити про спроможність нирок концентрувати сечу (максимальна питома вага), здатність до осмотичного розведення (мінімальна питома вага), ритмічну діяльність нирок протягом доби, адаптаційні здібності нирок хворої дитини.

Правила збору: перше сечовипускання (звичайно о 6.00 год.) не збирається, пацієнт вільно мочиться в унітаз, але цю порцію сечі можна використовувати для інших необхідних лабораторних аналізів, що прискорить обстеження. Потім, починаючи з 9 годин, через кожні 3 години пацієнт мочиться щоразу по черзі в одну з окремих чистих посудин, які пронумеровані відповідно часу сечовипускання. Протягом дня пацієнт отримує звичайне харчування. Якщо в пацієнта виникає потреба в сечовипусканні в проміжку між

зазначеним часом, іна повинна випустити сечу в наступний посуд, а потім, у час сечовипускання, що наступив, хворому потрібно знову запропонувати випустити сечу в цю ж посудину. Якщо протягом якогось часу в пацієнта не було сечовипускання, посуд залишається порожнім. О шостій ранку наступної доби збирається остання порція. Посудини, в тому числі і порожні, доставляють в лабораторію після збору всіх 8 порцій.

При оцінці результатів враховують:

-кількість виділеної сечі за добу;

-співвідношення денного (с 6 до 18 год.) і нічного (с 18 до 6 год.). В нормі воно становить 2:1;

-показники питомої ваги та їх коливання протягом доби. В нормі різниця між максимальним і мінімальним показником повинна бути не менше 7.

Протипоказань до проведення цієї проби немає.

Основні інструментальні методи дослідження хворого.

Сучасні лабораторно-інструментальні методи обстеження базуються на новітніх досягненнях сучасної фізики, хімії, імунології і вимагають для їх проведення більш-менш складних інструментів та обладнання і спеціально навченого медичного персоналу. Застосування цих методів дозволяє не тільки глибше вивчити відомі захворювання, але і, що більш важливо, в деяких випадках забезпечує діагностику хвороби на стані доклінічного її розвитку. Найчастіше інструментальне дослідження використовують для вирішення складних діагностичних проблем у окремих хворих.

Методи інструментального дослідження ще називають додатковими, оскільки вони призначаються не всім хворим, а лише у разі необхідності і тільки після обстеження пацієнта з використанням основних клінічних методів. Однак, таке тлумачення цих методів є відносним, тому що деякі із них використовують для остаточного підтвердження (верифікації) діагнозу (наприклад стерильна пункція з наступним вивченням клітинного складу кісткового мозку при гематологічних захворюваннях).

Інструментальні дослідження

1.Рентгенологічне обстеження. Метод, який найчастіше застосовується у клінічній практиці і базується на просвічуванні окремих частин тіла рентгеновськими променями за рентгеновським екраном (рентгеноскопія). На екрані можна побачити тіні різної прозорості: на фоні прозорих легень можна виявляти ділянки ущільнення легеневої тканини, визначати розміри і конфігурацію серця. Для фіксації виявлених змін проводять рентгенографію - знімають зображення на плівку, що засвічується рентгеновськими променями. На рентгеновській плівці отримують негативне зображення (світлі на рентгеновському екрані місця на плівці - темні і навпаки).

Рентгенографія є найбільш розповсюдженим методом в клінічній практиці, який дає первинну об'єктивну і задокументовану інформацію. При цьому треба пам'ятати, що рентгенограма грудної клітки є площинним зображенням складного об'ємного об'єкту. Для правильної її інтерпретації необхідно врахувати багато факторів: особливості проєкційного зображення органів грудної клітки, закономірності утворення рентгенологічної картини патологічних змін в легенях і середостінні, технічні фактори і т. п.

При дослідженні порожнистих органів, що дають на екрані порівняно густу однорідну тінь (шлунок, кишечник, жовчний міхур, ниркові миски) проводять їх контрастування.

Для дослідження шлунково-кишкового тракту хворому дають випити водну суспензію сульфату барію, а при дослідженні товстої кишки вводять цю суміш клізмою (іригографія). При дослідженні жовчного міхура і внутрішньопечінкових жовчних ходів (холецистографія, холеграфія) хворому дають випити контрастні речовини (холевід, білітраст) або вводять їх внутрішньовенно (білігност). Ці речовини заносяться у печінку і нагромаджуються у жовчних протоках і жовчному міхурі.

Рентгенологічне дослідження ниркових мисок (пієлографія) проводять з використанням уротрасту. Рентгенологічне дослідження бронхів (бронхографія) можливе лише після заповнення часточкових і сегментарних бронхів ураженої ділянки контрастною речовиною (йодліпол). Дослідження судин (ангіографія) проводять з використанням кардіотрасту.

2. Томографія. Значним досягненням, що вдосконалює рентгенівське дослідження, є томографія або пошарова рентгенографія, що дозволяє отримати зображення окремих шарів досліджуваної ділянки, розташованих на певній глибині. Тіні органів і утворів, розміщених на меншій чи більшій глибині, не накладаються на основне зображення, що дозволяє чітко локалізувати пухлини, запальні інфільтрати. Товщина томографічного шару коливається від 0,5 до 2 см.

3. Комп'ютерна томографія. За її допомогою отримують зображення поперечних зрізів людського тіла на різних рівнях. Вона дає змогу чітко диференціювати структури тканин і середовищ за щільністю (кров, рідина, пухлина, межі тканин), завдяки чому можна визначити локалізацію і поширення патологічних процесів в органах і тканинах. Здійснюють дослідження на спеціальному комп'ютерному томографі, який складається із здатного до переміщення рентгенівського випромінювача, ЕОМ і регістратора. Інформація надходить на комп'ютер, що перетворює її на зображення у вигляді поперечного зрізу досліджуваного органу. Зображення можна отримати на екрані телемонітора, плівці і полероїдному слайді (рентгенотелебачення). Комп'ютерна томографія зробила доступною діагностику патологічних процесів у головному мозку, дослідження органів грудної клітки, в тому числі середостіння, органів черевної порожнини і розміщених заочеревинно. Ділянки організму, недоступні дослідженню іншими методами, дають інформацію про їхній стан.

4.Ендоскопічні методи дослідження (від грец. ender – усередині, skorio – оглядаю). Це методи інструментального дослідження слизової оболонки порожнистих органів за допомогою спеціальних оптичних приладів - ендоскопів.

Нерідко ендоскопію поєднують із біопсією і морфологічними дослідженнями отриманого матеріалу. Ендоскопи почали застосовувати ще в ХІХ столітті з метою огляду слизової кишок і шлунка. На зміну “жорстким” ендоскопам прийшли ендоскопи з волоконною оптикою, що забезпечує гнучкість світловодів і здатність їх передавати зображення та світло викривленим шляхом. За допомогою ендоскопії можна дослідити бронхи, шлунок і дванадцятипалу кишку (гастродуоденоскопія), жовчні шляхи (холедохоскопія), кишки (колоноскопія) тощо. Найбільшого поширення набула ендоскопія в гастроентерології: її застосовують для огляду стравоходу (езофагоскопія), дванадцятипалої кишки (дуоденоскопія), прямої кишки (ректороманоскопія), товстого кишківника (колоноскопія). Для діагностики і лікування захворювань органів дихання використовують ларингоскопію (огляд трахеї), бронхоскопію (дослідження бронхів), торакоскопію (дослідження порожнини плеври). Також ендоскопічні методи впроваджені в урологічну практику - цистоскопія, нефроскопія; застосовують її і для дослідження суглобів - артроскопія, судин - ангиоскопія, порожнини серця - кардіоскопія.

Ендоскопія застосовують і в ургентній невідкладній діагностиці і лікуванні: для виявлення причин внутрішньої кровотечі, видалення каменів чи сторонніх тіл. За допомогою ендоскопії здійснюють бужування, зрошення та аплікації лікарськими засобами оболонок порожнин, електрохірургічні та криохірургічні маніпуляції, лазеротерапію, ультразвукове опромінення.

5.Капіляроскопія – метод прижиттєвого дослідження капілярів шкіри, кон'юнктиви. Дослідження капілярів проводять за допомогою апарату – капіляроскопа або звичайного мікроскопа.

6.Офтальмоскопія (огляд очного дна). Використовують спеціальне очне дзеркало – офтальмоскоп та інші прилади.

7.Радіоізотопна діагностика - сукупність методів для вивчення патологічних змін органів і систем з використанням спеціальних радіоактивних ізотопів. Вводять в організм людини радіоактивні сполуки, які, поширюючись в ньому, накопичуються в певних органах, що дає змогу вивчати обмін речовин, функцію органів, секреторно-екскреторні процеси. До радіоізотопних методів належать радіометрія, радіографія, сканування, сцинтиграфія.

8.Радіометрію (визначення концентрації радіоізотопів в органах і тканинах) застосовують для вивчення функціонального стану щитоподібної залози, визначаючи накопичення радіоактивного йоду.

10.Радіографію (реєстрація накопичення, розподілу та виведення з органу ізотопу) використовують для дослідження функції легень, печінки, нирок, для аналізу стану кровообігу і вентиляції легень.

11.Сканування і сцинтиграфія (від англ. scan – уважно оглядаю) - отримання топографічного зображення органів, які вибірково накопичують

відповідний ізотоп. Розподіл радіоактивної речовини в тканинах органа і гамма-випромінювання реєструються з допомогою детектора гамматопографа або сканера. Детектор (лічильник випромінювання) переміщується над досліджуваним органом, що нагромадив радіонуклідний засіб. Електронний пристрій перетворює потік імпульсів у графічне зображення чорно-білого або кольорового штрихування чи друкованих цифр (комп'ютерне сканування). У разі дифузного ураження паренхіматозних органів на сканограмі спостерігається суцільне зменшення густини рисок. Вогнищеві патологічні процеси проявляються різної величини дефектами поглинання радіоактивного індикатора. Радіоізотопна діагностика широко застосовуються при дослідженні печінки, підшлункової залози. Сканування і сцинтиграфію печінки здійснюють препаратами радіоактивного золота, що дає змогу визначити величину, вогнищеві і дифузні зміни органу. Для отримання інформації про функціональний стан гепатобіліарної системи використовують "бенгальський рожевий" з радіоактивним йодом.

Використовуючи ізотопи, які вибірково накопичуються у міокарді, можна побачити зону некрозу. Радіоізотопи використовують для визначення функції зовнішнього дихання, аналізу легеневого кровообігу, функціонального й анатомічного стану нирок. За допомогою радіоізотопного дослідження можна визначити концентрацію гормонів, ферментів та інших біологічноактивних речовин в крові і тканинах. У гематології за допомогою радіоактивного дослідження визначають тривалість життя еритроцитів.

12. Ультразвукове дослідження (УЗД) - є методом дослідження внутрішніх органів з використанням ультразвукових сигналів, відбитих від тканин організму, ультразвукова ехолокація, ехографія, санографія, ультразвукове сканування. Ультразвукове обстеження у більшості випадків не потребує спеціальної підготовки, відноситься до неінвазивних методів і набуває широкого застосування не тільки у клініці внутрішніх хвороб, але в акушерстві з гінекологією, хірургії).

Ультразвукові коливання по різному поглинаються і відбиваються тканинами організму у залежності від щільності тканин, в яких вони поширюються. Ехолокатор посилає ультразвукові імпульси в тіло людини і вловлює відбиті від нього сигнали, посиляючи їх на осцилоскоп. Зображення реєструється на поляроїдній плівці. Цим методом досліджують серце, печінку, жовчний міхур, підшлункову залозу, селезінку, нирки, наднирники, щитоподібну залозу. Метод дозволяє виявляти рідину в плевральній і черевній порожнинах.

Ехокардіографія є високоінформативним методом діагностики захворювань серця. За її допомогою можна визначити об'єм шлуночків, рухомість, функцію стулок клапанів, їх структурні зміни, скоротливу здатність міокарда, стан міжшлуночкової перетинки, діаметр отворів, наявність випоту у порожнині перикарда тощо.

Допплерівська ультрасонографія дозволяє визначити різні параметри руху клапанів серця, його відділів та руху крові в судинах. Сонографія чере-

вної порожнини та її органів має особливе значення для діагностики захворювань гепатобіліарної системи і нирок.

13. Термографія - метод визначення інтенсивності інфрачервоного випромінювання за допомогою тепловізора. Тканини різних органів мають неоднакові теплові (інфрачервоні) випромінювання. Тканина злоякісної пухлини характеризується інтенсивним інфрачервоним випромінюванням ("гарячі" осередки на теплокартограмі). Доброякісні утвори і кісти мають слабке інфрачервоне випромінювання ("холодні" осередки). Асиметрія на термограмі може виявлятися при порушенні кровопостачання окремих ділянок тіла.

14. Магнітно-резонансна томографія. Найновішим досягненням є впровадження у клінічну практику ядерної магнітної томографії (магнітно-резонансне зображення, радіомагнітний резонанс, ядерно-магнітний резонанс), що базується на реєстрації відбитих радіохвиль від намагнічених протонів атомного ядра хімічного елемента. Метод дозволяє досліджувати біохімічні процеси в органах і тканинах на молекулярному рівні. Частота відбитих коротких радіохвиль залежить від густини протонів (водню) у тканинах, зосереджених у внутрішньо- і позаклітинній рідині та ліпідах досліджуваного органа. Структурні і метаболічні зміни в тканинах змінюють радіомагнітний резонанс. Метод дозволяє діагностувати не тільки вади серця, але і аневризми (в т.ч. розшаровуючі), аномалії розвитку, внутрішньосерцеві тромби.

15. Функціональні проби. Для більш об'єктивної оцінки стану здоров'я людини використовують функціональні проби. Вони дозволяють визначити резервні можливості людини, адаптацію різних систем до фізичних навантажень. Інструментально-функціональні методи дослідження дозволяють визначити зміни функціонуючих систем у процесі розвитку захворювання, оцінити стан здоров'я людини. Якщо результати функціональної проби оцінюють під час її проведення, то судять про ступінь адаптації організму чи певної системи до фактора впливу; якщо оцінюють після закінчення дослідження, визначають характер відновлюваних процесів. Одні методи функціонального дослідження ґрунтуються на реєстрації рухів різних органів: кардіографія (апекскардіографія) – реєстрація рухів верхівки серця; балістокардіографія – графічний запис переміщення тіла людини, що виникає під час скорочення серця і викиду крові в магістральні судини; сфігмографія – графічна реєстрація шумової хвилі в артерії; артеріальна осцилографія – графічна реєстрація артеріального тиску і коливань артеріальної стінки; реографія – запис опору в різних органах і тканинах тіла людини у зв'язку з динамікою кровообігу в них; балонна кімографія шлунка – запис рухової діяльності шлунка тощо. Інші методи реєструють біоелектричні струми, які утворюються в працюючих органах: електрокардіографія, електроенцефалографія, електрогастрографія і т.д., або, які реєструють звукові явища – фонокардіографія.

Морфологічні методи дослідження.

Пункція (від лат. punctio – укол, прокол) – прокол порожнини тіла або тканин органа ін'єкційною голкою або троакаром з метою отримання клітин-

них елементів чи рідини для мікроскопічного дослідження. Нерідко проводять пункцію збільшених лімфатичних вузлів, селезінки, печінки, нирок, щитоподібної залози, пункцію груднини, а також серозних порожнин (плевральної, черевної, суглобової, перикардіальної), спинномозкового каналу тощо. В подальшому проводять вивчення клітинного складу (цитологічне дослідження) пунктату.

Біопсія (від грец. *bios* – життя та *opsis* – вид, розгляд) – метод прижиттєвого вирізування із органа шматочка тканини з наступним гістологічним чи електронно-мікроскопічним дослідженням. Біопсію таких органів як печінка, нирки, виконують за допомогою довгої біопсійної голки, насадженої на шприц, поршнем якого аспірують тканинний матеріал. Отриманий біоптат після відповідної обробки досліджують під мікроскопом.

Можна також пункційну біопсію печінки виконати за допомогою лапароскопа, введеного в черевну порожнину. Біопсію слизової оболонки шлунка можна провести під контролем ока за допомогою спеціальних біопсійних щипців під час гастрофіброскопії (прицільна біопсія). З метою отримання чіткої інформації про клітинний склад кісткового мозку не рідко проводять пункцію груднини, або трепанобіопсію клубової кістки, яку здійснюють за допомогою голки-троакара. Вивчення отриманих препаратів має особливе значення для діагностики захворювань крові, зокрема гемобластозів та гіпо- чи апластичної анемії. Біоптат (шматочок тканини) лімфатичного вузла отримують шляхом невеликого хірургічного втручання, яке виконують після попередньої місцевої анестезії.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО БРОНХОГРАФІЇ

Бронхографія рентгенологічне дослідження бронхів після попереднього заповнення їх просвіту контрастною речовиною. Підготовка пацієнта:

- попередня проба на індивідуальну стерпність йодистих препаратів (пацієнту протягом 2 -3 днів дають по 1 ст. ложці 3% розчину йоду калію);
- роз'яснення пацієнту мети і суті дослідження;
- при наявності гнійного харкотиння за 3 - 4 дні очищення бронхіального дерева (дренаж бронхів відповідним положенням пацієнта в ліжку, суха їжа, відхаркувальні і бронхорозширюючі засоби;
- за 30 - 40 хв. до бронхографії призначають фенобарбітал 0.1 г, атропін 0.1% - 1, п/ш, піпольфен 0.025 г, седуксен 0.005 г.

Ускладнення при бронхографії можуть бути пов'язані з анестезією, реакцією на введення контрастної речовини і затримкою останньої в легенях. Після бронхографії можливе підвищення температури, таких пацієнтів вкладають у ліжку, дають якомога більше пити, заспокійливе і снодійні засоби. За ними необхідний ретельний догляд.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО БРОНХОСКОПІЇ.

Бронхоскопія - метод візуального (зорового) дослідження внутрішньої поверхні трахеї і бронхів за допомогою спеціального прибору бронхоскопу. Діагностична бронхоскопія проводиться з метою встановлення і уточнення діагнозу при пухлинах трахеї і бронхів, інших захворюваннях бронхів і легень, туберкульозі легень і інших захворюваннях дихальних шляхів. Лікувальна бронхоскопія проводиться з метою видалення з трахеї і бронхів сторонніх тіл, бронхіального секрету і для місцевого застосування лікувальних препаратів.

Бронхоскопію проводять натщесерце чи через 2-3 години після легкого сніданку в перев'язочній чи ендоскопічній. Бронхоскопія в сидячому положенні може виконуватись лише під місцевою анестезією.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКУ І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ)

Проводиться за допомогою спеціальних ендоскопів, споряджених волоконною оптикою. Основне завдання при підготовці пацієнта до даного дослідження очистити шлунок і дванадцятипалу кишку від вмісту. Для цього напередодні пацієнт повинен повечеряти не пізніше 20 год., а вранці перед дослідженням йому заборонено приймати їжу, пити воду і курити. При непрохідності антрального відділу шлунку перед дослідженням він повинен бути промитий за допомогою товстого зонду до чистої води.

Якщо пацієнту потрібно виконати дослідження фатерова сосочка дванадцятипалої кишки, то в комплекс підготовчих маніпуляцій включається застосування препаратів, які викликають релаксацію дванадцятипалої кишки (1 мл 0.1% розчину метацину внутрішньомязово за 20 - 30 хв. до дослідження). Таку ж дію на дванадцятипалу кишку виявляє введення пацієнту за 40-50 хв. до дослідження 1 мл 0.1% розчину атропіну і 2 мл 2.5% розчину бензогексонію.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ (КОЛОНОСКОПІЯ)

Результати колоноскопії в значній мірі залежать від якості підготовки кишечника до дослідження. Техніка підготовки зводиться до такого. За 3 дні до дослідження пацієнту призначається безшлакова дієта, напередодні перед дослідженням в 12 - 14 год пацієнт приймає 50 мл касторового масла, а ввечері о 19 і 20 год. і вранці в день дослідження ставляться очищувальні клізми з інтервалом в годину і через 2 - 3 години після останньої клізми пацієнта направляють в ендоскопічний кабінет.

В тих випадках, коли пацієнт страждає хронічними запорами, а проносні препарати не допомагають, підготовка до колоноскопії проводиться шляхом застосування сифонних клізм. Негативним моментом такої підготовки є наявність вираженої реакції зі сторони слизової кишки на введення води в просвіт кишечника.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА І ПРЯМОЇ КИШКИ (РЕКТОРОМАНОСКОПІЯ)

Підготовка пацієнта до цього дослідження супроводжується в проведенні очищувальної клізми напередодні ввечері і вранці за 1-2 години до дослідження.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (ЛАПАРОСКОПІЯ)

Виконується для виявлення патологічних змін в органах черевної порожнини. Проведення цього дослідження потребує обов'язкової участі спеціаліста і повинно проводитися в умовах суворої асептики.

Підготовка пацієнта до лапароскопії повинна бути такою ж, як до будь-якої операції на органах черевної порожнини. Напередодні дослідження пацієнту очищують кишечник, він приймає гігієнічну ванну, на ніч призначають седативні препарати, вранці забороняється їсти і пити воду. За годину до дослідження вводять 1 мл 2% розчину промедолу і 1 мл розчину атропіну. В ендоскопічний кабінет чи в операційну пацієнт доставляється на каталці.

ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ В ВІДДІЛЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

РЕГ - не приймати лікарських засобів, які впливають на судинний тонус.

ЕМГ - в день дослідження не приймати міорелаксантів.

ЕЕГ - за 5 днів до дослідження не приймати протисудомні препарати, за 1 - 2 дні помити голову.

ВЕМ - проводиться натщесерце чи через 2 години після вживання їжі. При відсутності медикаментозного фону (бета-блокатори, серцеві глікозиди) сечогінні в день дослідження не приймати.

ФВД - до дослідження не приймати бронхолітичні препарати, в день дослідження не курити. РВГ периферійна в день дослідження не приймати препаратів, які впливають на судинний тонус.

ТОГ - проводиться в умовах основного обміну. УЗД серця, вказати був у пацієнта інфаркт міокарду чи не було.

ЕКГ - виміряти пацієнту АТ, вказати, був чи не було інфаркту міокарду, чи одержує серцеві глікозиди.

Цистоскопія — це візуальний огляд оболонки сечового міхура за допомогою оптичного приладу — цистоскопа. Цей апарат має освітлювальну і

оптичну системи, які дозволяють через прозору рідину, уведену в міхур, оглянути його порожнину і слизову оболонку. При проведенні цистоскопії немає необхідності в будь-якій спеціальній попередній підготовці хворих.

Види пункцій

1. Плевральна пункція.

Пункцію плевральної порожнини проводять з лікувальною та діагностичною метою.

Лікувальний плевроцентез показаний при ексудативному плевриті (накопичення рідини в плевральній порожнині), травматичному пневмотораксі (спонтанному, а особливо клапанному), а також у разі потреби введення в плевральну порожнину лікувальних препаратів.

Діагностичний плевроцентез показаний усім хворим з наявністю випоту в плевральній порожнині невизначеної етіології.

Основним протипоказанням до проведення плевральної пункції є підвищена кровоточивість судин. Крім того, не проводять її на ділянках з ураженням шкіри.

Плевральну пункцію проводять у процедурному кабінеті, при тяжкому стані пацієнта – в палаті.

Для видалення повітря з плевральної порожнини пункцію проводять у II міжребровому проміжку по середньо ключичній лінії або у V – VI міжребрових проміжках по середній пахвовій лінії. У першому випадку пацієнт сидить обличчям до лікаря, у другому – теж сидить, але повернутий до лікаря відповідним боком з відведеною за голову рукою. Якщо хворий сидіти не може, то пункцію проводять у положенні лежачи на здоровому боці з відведеною за голову рукою.

Для видалення ексудату з плевральної порожнини пункцію виконують у VIII-IX міжребрових проміжках по задній пахвовій або лопатковій лініях. Хворий при цьому сидить на стільці обличчям до його спинки, дещо нахиливши голову і поклавши руки на груди. Плевральну пункцію виконують з дотриманням правил асептики.

Методика виконання діагностичного плевроцентезу. Після знезараження шкіри зону пункції обкладають стерильними серветками. Перед проведенням пункції, в місці проколу, тонкою голкою послідовно проводять знеболення 0,5% розчином новокаїну шкіри, підшкірної жирової клітковини, міжреберних м'язів. При проколюванні плеври створюється відчуття провалу і при підтягуванні поршня у шприц разом з новокаїном поступає плевральна рідина. Це свідчить про те, що голка досягла плевральної порожнини.

Плевральна рідина не надходить у шприц, якщо голку введено вище (у легеню) чи нижче плевральної порожнини (у черевну порожнину) або в разі відсутності в ній плевральної рідини.

Після анестезії голку виймають з грудної клітки і в цьому місці виконують пункцію плевральної порожнини спеціальною голкою і шприцом ємністю 20 мл, у якому міститься 1 мл (1000 ОД) розчину гепарину для запобі-

гання зсіданню плевральної рідини. Після відсмоктування рідини у шприц, голку виймають і на місце проколу накладають стерильний марлевий тампон, змочений 70% етиловим спиртом, зверху – стерильну марлеву серветку, яку прикріплюють до грудної стінки лейкопластирем або клеолом. Плевральну рідину доправляють до лабораторії негайно, щоб запобігти руйнуванню ферментів та клітинних елементів.

Методика виконання лікувального плевроцентезу. Хворий перебуває в такому положенні, як при виконанні діагностичного плевроцентезу. Для вилучення повітря з плевральної порожнини пункцію проводять у II міжребровому проміжку по середньо-ключичній лінії; для вилучення вільної рідини – частіше – в VI – VII міжребрових проміжках по задній під пахвовій лінії. Знезараження місця пункції, обкладання стерильними серветками і пошарову анестезію виконують так само, як при діагностичному плевроцентезі.

Пункцію плевральної порожнини виконують стерильною голкою з тупим кінцем, на канюлю надіта і закріплена гумова трубка. Гумова трубка перекрита затискачем, щоб уникнути потрапляння повітря в плевральну порожнину (у плевральній порожнині від'ємний тиск). Після потрапляння голки в плевральну порожнину до гумової трубки приєднують шприц Жане або систему для відкачування рідини (апарат Боброва, система трубок, затискач, відсмоктувач).

Допомога лікареві під час проведення пункції:

- необхідно попередньо ознайомитись із порядком виконання процедури;
- забезпечити усі умови для дотримання правил асептики під час процедури;
- забезпечити все необхідне для пошарового знеболення грудної стінки;
- потурбуватися заздалегідь, щоб до голки для пункції була герметично прикріплена гумова трубка, підготовлений затискач, шприц Жане;
- заздалегідь перевірити роботу системи для евакуації рідини з плевральної порожнини;
- забезпечити все необхідне для накладання асептичної пов'язки на місце пункції;
- терміново відправити плевральну рідину до лабораторії, щоб запобігти руйнуванню формених і клітинних елементів.

Можливі ускладнення при проведенні плевроцентезу, надання допомоги.

-різке зниження АТ, яке пов'язане з реакцією на біль, вигляд крові, з проведенням процедури, тощо. Хворий стає блідим, млявим, шкіра покривається холодним потом, може бути озноб. *Допомога:* процедуру припиняють, хворого кладуть у ліжку, ножній кінець якого піднімають, вводять в/м 2 мл кордіаміну;

-поява вазовагального рефлексу, який розвивається внаслідок подразнення листків плеври при її проколі. Характеризується рідким пульсом сла-

бого наповнення, зниженням АТ. *Допомога:* процедуру припиняють, хворого кладуть у ліжку, йому вводять 1 мл 0,1% розчину атропіну сульфату в/м;

-пневмоторакс розвивається внаслідок неправильного виконання маніпуляції, коли плевральна порожнина сполучається з атмосферою. Якщо голкою ушкоджується вісцеральна плевра, повітря потрапляє у плевральну порожнину з альвеол легенів;

-інфікування плевральної порожнини трапляється при порушенні асептики та антисептики;

-гемоторакс розвивається внаслідок ушкодження міжреберної артерії;

-колапс може виникнути при видаленні з плевральної порожнини значної кількості рідини, що призводить до швидкого зміщення органів середостіння у хворий бік;

-проникнення голки у черевну порожнину і ушкодження печінки, кишок та селезінки;

-інфікування м'яких тканин грудної клітки трапляється при порушенні правил асептики та антисептики.

Плевральна пункція – це пункція плевральної порожнини, яку проводять із діагностичною та лікувальною метою, для аспірації плеврального вмісту з подальшим визначенням його характеру та кількості й розправлення легень.

Показання:

1. Травматичний гемоторакс.
2. Пневмоторакс.
3. Наявність плеврального випоту невизначеної етіології.

Протипоказання: облітерація плевральної порожнини.

Необхідні засоби: стерильні лотки, голка для плевральної пункції довжиною 10 см і діаметром 1 мм, приєднана до гумової трубки, шприци ємністю 20 мл з голками, шприц Жане, марлеві кульки, тампони і серветки, пелюшки, бинти, гумові рукавички, маска, затискач, корнцанги; АХД 2000 гель, 0,5 % розчин новокаїну, протишоковий набір (0,1 % розчин атропіну сульфату, 10 % розчин кофеїну бензоату натрію, кордіамін в ампулах), дезінфекційний розчин, липкий пластир або клеол, стерильні й нестерильні пробірки з корками, штатив, фонендоскоп, тонометр,

направлення в лабораторію, контейнер, спирт, каталка.

Алгоритм виконання маніпуляції:

1. Провести психологічну підготовку пацієнта до маніпуляції, отримати згоду на її виконання.

2. Запропонувати хворому спорожнити кишечник та сечовий міхур.

3. Виміряти у пацієнта артеріальний тиск і пульс.

4. Провести внутрішньошкірну пробу на чутливість до новокаїну.

5. Посадити пацієнта на стілець обличчям до спинки, поклавши його руки на спинку стільця та опустивши на них голову (для розширення міжреберних проміжків хворий піднімає руку на боці пункції і кладе її за голову).

6. Вимити руки, обробити їх спиртом, надягнути стерильні маску та гумові рукавички.

7. Подати лікарю змочені спиртом марлеві кульки для обробки рук.

8. Допомогти лікарю надягнути стерильні гумові рукавички.

9. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та подати лікарю для обробки місця пункції.

10. Обкласти зону пункції стерильною пелюшкою з отвором всередині.

11. Набрати у шприц 20 мл 0,5 % розчину новокаїну, приєднати голку і подати лікарю для проведення інфільтраційної анестезії.

Лапароцентез – пункція черевної порожнини.

Лапароцентез — проколювання черевної стінки за допомогою троакара, яке виконується з діагностичною або лікувальною метою (дослідження та видалення вільної рідини з черевної порожнини).

Протипоказаннями для проведення даної процедури є: спайки у черевній порожнині.

Для проколу черевної стінки треба мати троакар діаметром 3—4 мм з гостроконечним мандреном, дренажну гумову трубку довжиною до 1 м, затискач, шприц ємкістю 5—10 мл, 0,25 % розчин новокаїну, посудину для збирання асцитичної рідини, стерильні пробірки, перев'язний матеріал, ватні тампони, пінцет, шкірні голки, шовний матеріал, скальпель, лейкопластир.

Лікар і медична сестра, яка йому асистує, надягають шапочки, маски. Руки обробляють, як перед хірургічною операцією, надягають стерильні гумові рукавички.

Необхідно забезпечити повну стерильність троакара, трубки і всього інструментарію, який стикається зі шкірою. Пункцію проводять уранці, краще в процедурному кабінеті або перев'язочній. Напередодні хворий спорожнює кишки, сечовий міхур, Положення хворого під час процедури сидячи, а при тяжкому стані — лежачи на правому боці. За 30 хв. до дослідження вводять 1 мл 2 % розчину промедолу, 1 мл 0,1 % розчину атропіну підшкірно для премедикації.

Перед пункцією треба переконатися в наявності рідини в черевній порожнині.

Після дезинфекції місця проколу проводять інфільтраційну анестезію передньої черевної стінки. Прокол роблять по середній лінії живота на однаковій відстані від пупка та лобкової кістки або по внутрішньому краю лівого прямого м'яза живота. Шкіру в місці проколу зсувають лівою рукою назовні, щоб зменшити шар підшкірної основи, а правою вводять троакар. Інколи, перед введенням троакара, шкіру трохи надрізають скальпелем. Після проникнення троакара в черевну порожнину його мандрен виймають, і рідина починає вільно витікати. Беруть декілька мілілітрів рідини для аналізу і роблять мазки, потім на троакар насаджують гумову трубку і рідина витікає в таз.

Треба знати, що випускати рідину потрібно зі швидкістю 1 літр протягом 5 хв. З цією метою на гумову трубку періодично накладають затискач. Якщо видалення рідини припинилося внаслідок закриття внутрішнього отво-

ру троакара петлею кишки, обережно натискують на черевну стінку, при цьому кишка зміщується і рідина знову продовжує витікати. За час видалення рідини відбувається різке зменшення внутрішньочеревного тиску. Для профілактики цього ускладнення, під час видалення рідини, медична сестра щільно стягує живіт широким рушником нижче місця проколювання.

Після видалення рідини троакар виймають, на шкіру в місці пункції накладають шви (або її щільно заклеюють стерильним тампоном з клеолом), накладають давлячу асептичну пов'язку, кладуть на живіт міхур з льодом, хворому призначають суворий постільний режим. Ведуть спостереження за хворим, з метою раннього виявлення вірогідних ускладнень.

Серед ускладнень при лапароцентезі слід відзначити такі:

-флегмона стінки живота внаслідок порушень правил асептики та антисептики;

-ушкодження судин черевної стінки з утворенням гематоми черевної стінки або кровотечі в черевну порожнину;

-ушкодження органів черевної порожнини;

-підшкірна емфізема стінки живота внаслідок проникнення в неї повітря через прокол;

-видалення рідини з черевної порожнини через пункційний отвір, що пов'язано з небезпекою інфікування рани та черевної порожнини.

Абдомінальна пункція – це пункція черевної порожнини, яку проводять із діагностичною та лікувальною метою.

Показання:

1. Асцит.

2. Закриті травматичні пошкодження органів черевної порожнини в поєднанні з черепно-мозковою травмою.

Протипоказання: порушення кровообігу в стадії декомпенсації.

Необхідні засоби: стерильні троакар зі стилетом, скальпель, пінцет, гумовий катетер, шприци ємністю 20 мл з голками, хірургічні голки з шовним матеріалом, голкотримач, ножиці, затискач, поліхлорвінілова трубка, марлеві кульки, серветки, пробірки, маска, гумові рукавички; рушник, клейонка, 100 мл 0,5 % розчину новокаїну, АХД 2000 гель, спирт, дезінфекційний розчин, таз, липкий пластир або клеол, товста нитка, фонендоскоп, тонометр, каталка.

Алгоритм виконання маніпуляції:

1. Провести психологічну підготовку пацієнта до маніпуляції, отримати згоду на її виконання.

2. Запропонувати хворому спорожнити кишечник та сечовий міхур.

3. Виміряти у пацієнта артеріальний тиск і пульс.

4. Провести внутрішньошкірну пробу на чутливість до новокаїну.

5. Посадити пацієнта так, щоб його лопатки спиралися на спинку стільця (при тяжкому стані хворого пункцію проводять у лежачому положенні).

6. Покласти на коліна пацієнта клейонку та поставити між ноги таз для збирання асцитичної рідини.

7. Вимити руки, обробити їх спиртом, надягнути стерильні маску та гумові рукавички.

8. Подати лікарю змочені спиртом марлеві кульки для обробки рук.

9. Допомогти лікарю надягнути стерильні гумові рукавички.

10. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та подати лікарю для обробки місця пункції.

11. Набрати у шприц 20 мл 0,5 % розчину новокаїну, приєднати голку і подати лікарю для проведення інфільтраційної анестезії (знеболювання здійснювати на середині відстані між пупком і лобком, по серединній лінії живота).

12. При виконанні лікарем маніпуляції (після анестезії хірург скальпелем робить розріз шкіри і підшкірної клітковини довжиною до 1 см, товстою ниткою прошиває верхній кут рани і, не зав'язуючи її, використовує нитку як тримач; троакаром зі стилетом проколює передню черевну стінку в місці розрізу, стилет видаляє, рідину випускає повільно з метою профілактики колапсу, для подальшого дренивання вводить поліхлорвінілову трубку (рис. Медсестра повинна тримати пацієнта за плечі та спостерігати за його загальним станом).

13. Подати лікарю стерильну пробірку для забору матеріалу (ексудату) з метою проведення бактеріологічного дослідження.

14. Взяти рушник і покласти (нижче проколу) на черевну стінку та обережно стягувати його для підвищення внутрішньочеревного тиску (профілактика колапсу).

15. Подати лікарю гумовий катетер (після закінчення відходження рідини хірург проводить ревізію трубки гумовим катетером і видаляє її).

16. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та подати лікарю для обробки країв рани перед накладанням швів (хірург накладає 2 шви на шкіру).

17. Накласти асептичну клеолову пов'язку.

18. Поцікавитись самопочуттям пацієнта і транспортувати його в палату на каталці.

19. Продезінфікувати використані засоби.

Орієнтовний час для виконання маніпуляції: 5–15 хв.

Особливості виконання: необхідно дотримуватись правил асептики.

Помилки при виконанні: недостатня стерилізація інструментів і шовного матеріалу.

Можливі ускладнення:

1. Перфорація стінки кишки.

2. Колапс.

3. Нагноєння рани.

Спинномозкова (люмбальна пункція)

Таку пункцію проводять з діагностичною та лікувальною метою.

З діагностичною метою її проводять при черепномозкових травмах, запальних процесах, пухлинах головного і спинного мозку, гострих пору-

шеннях мозкового кровообігу. При цьому визначають ліквориний тиск у спинномозковому каналі. Обов'язковим є цитологічне та біохімічне та бактеріального дослідження (визначення рівня білка, глюкози, хлоридів) спинномозкової рідини. При люмбальній пункції можливе введення контрастної рідини (омніпак) для діагностики пухлин головного мозку і гриж спинного мозку.

З лікувальною метою пункцію застосовують для нормалізації тиску спинномозкової рідини при менінгітах, субарахноїдальному крововиливі, епілептичному статусі, тощо.

Протипоказанням до проведення люмбальної пункції є кома, шок, колапс, пролежні та гноячкові ураження шкіри в поперековій ділянці, вклинювання мозочка у великий потиличний отвір.

Пункцію виконують у положенні хворого лежачи на боці із зігнутими в колінах і приведеними до живота ногами, голова нахилена до грудей. Під попереки підкладають валик і у такому положенні хворого утримують хворого, поки лікар не закінчить пункцію. Пункцію здійснюють в асептичних умовах. Після знезараження, пошарового знеболювання і повторного знезараження та обкладання ділянки шкіри стерильною серветкою, лікар вводить голку Біра з ман дреном між остистими відростками III і IV або IV-V поперекових хребців по середній лінії під кутом 75-80°. Відчувши «провал», обережно виймає ман дрен і з голки з'являється спинномозкова рідина. Для дослідження беруть 2-4 мл рідини в пробірку, яку негайно відправляють в лабораторію. Після пункції місце проколу обробляють йодонатом, накладають асептичну пов'язку, надають хворому на дві години положення лежачи. Протягом доби хворий повинен дотримуватися суворого ліжкового режиму. Необхідно уважно спостерігати за станом хворого після проведення пункції, тому що можуть виникнути ускладнення: колапс, кровотеча, головний біль. У разі виникнення ускладнення негайно доповісти лікареві.

Спинномозкова пункція – це введення голки в підпаутинний простір спинного мозку з метою отримання спинномозкової рідини. Найчастіше виконують між II і III поперековими хребцями.

Показання:

1. Запальні захворювання головного і спинного мозку, а також оболонок.
2. Пухлини головного і спинного мозку.
3. Черепно_мозкова травма.
4. Гострі порушення мозкового кровообігу (з діагностичною метою).

Протипоказання:

1. Ознаки вклинення довгастого мозку у великий потиличний отвір черепа.
2. Кома.
3. Шок.
4. Колапс.
5. Пролежні та гнійничкові захворювання в місці пункції.

Необхідні засоби: стерильні 3 шприци ємністю 5 мл, 2–3 довгі голки для спинномозкової пункції з мандреном, скальпель гострокінцевий, затискач, скляна трубка_манометр, 2 стерильні пробірки, АХД 2000 гель, 0,5 % розчин новокаїну (лідокаїну), перев'язувальний матеріал, допоміжний інструментарій, фонендоскоп, тонометр, стерильні маска і гумові рукавички, валик із тканини, спирт, стерильні марлеві кульки і сухі серветки, стерильні простирадла, дезінфекційний розчин, каталка.

Алгоритм виконання маніпуляції:

1. Провести психологічну підготовку пацієнта до маніпуляції, отримати згоду на її виконання.
2. Виміряти у хворого артеріальний тиск і пульс.
3. Провести внутрішньошкірну пробу на чутливість до новокаїну (лідокаїну).
4. Покласти хворого на бік, під який підкласти валик із тканини, попросити максимально зігнути голову та ноги в кульшових і колінних суглобах (при пункції в положенні сидячи пацієнт кладе долонні поверхні рук на власні коліна і максимально згинає голову вперед)
5. Вимити руки, обробити їх спиртом, надягнути стерильні маску та гумові рукавички.
6. Подати лікарю змочені спиртом марлеві кульки для обробки рук.
7. Допомогти лікарю надягнути стерильні гумові рукавички.
8. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та подати лікарю для обробки місця пункції.
9. Подати лікарю стерильну серветку для просушування місця пункції (з метою запобігання потраплянню йодонату або спирту на оболонки спинного мозку).
10. Обкласти операційне поле стерильними простирадлами.
11. Набрати у шприц 5 мл 0,5 % розчину новокаїну, приєднати голку і подати лікарю для проведення місцевої анестезії.

Пункція сечового міхура – це прокол його стінки з лікувальною або діагностичною метою.

Показання:

1. Гостра затримка сечі (викликана аденомою передміхурової залози, каменями в сечовипускальному каналі, травматичними пошкодженнями уретри, скупченням кров'яних згустків у сечовому міхурі).

2. Неможливість катетеризації сечового міхура.

Протипоказання:

1. Розрив сечового міхура.

2. Злуковий процес у нижніх відділах черевної порожнини.

3. Виражений асцит.

4. Запальні процеси в місці пункції.

Необхідні засоби: стерильні пункційна голка, шприци ємністю 20 мл з голками, шприц Жане, марлеві кульки, серветки, ножиці, затискач, маска, гумові рукавички; 100 мл 0,5 % розчину новокаїну (лідокаїну), АХД 2000

гель, дезінфекційний розчин, сечоприймач, липкий пластир або клеол, спирт, фонендоскоп, тонометр, каталка.

Алгоритм виконання маніпуляції:

1. Провести психологічну підготовку пацієнта до маніпуляції, отримати згоду на її виконання.
2. Виміряти у хворого артеріальний тиск і пульс.
3. Провести внутрішньошкірну пробу на чутливість до новокаїну (лідокаїну).
4. Покласти хворого на операційний стіл на спину.
5. Вимити руки, обробити їх спиртом, надягнути стерильні маску та гумові рукавички.
6. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та обробити місце пункції.
7. Набрати у шприц 20 мл 0,5 % розчину новокаїну, приєднати голку і провести інфільтраційну анестезію по серединній лінії живота на 1–2 см вище лобкового з'єднання.
8. Проколоти пункційною голкою тканини в ділянці знеболювання, розмістивши голку перпендикулярно до поверхні черевної стінки (з голки буде виділятися сеча).
9. Видалити сечу за допомогою шприца Жане або повернути хворого на бік і злегка вперед, підставивши під голку сечоприймач.
10. Після видалення сечі забрати голку.
11. Взяти затискачем стерильну марлеву кульку, змочити її АХД 2000 гелем та обробити місце пункції.
12. Накласти асептичну клеолову пов'язку.
13. Поцікавитись самопочуттям пацієнта і транспортувати його в палату на каталці.
14. Продезінфікувати використані засоби.

Орієнтовний час для виконання маніпуляції: 3–10 хв.

Особливості виконання: необхідно дотримуватись правил асептики.

Помилки при виконанні: порушення техніки виконання проколу сечового міхура.

Можливі ускладнення:

1. Пошкодження кишок (невелика кількість сечі в сечовому міхурі та одночасний метеоризм, злукова хвороба).
2. Пошкодження кровоносних судин стінки сечового міхура.

Список літератури

1. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Н. М. Касевич ; за ред. В. І. Литвиненка. - Вид. 4-е. - К. : Медицина, 2011. - 424 с.
2. Догляд за хворими (практика) : підручник / О. М. Ковальова [та ін.] ; за ред.: О. М. Ковальнової, В. М. Лісового, С. І. Шевченка. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 488 с.
3. Історія медицини: підручник / Ф. Я. Ступак. - 2-е вид., випр. и допов. - К. : Книга-плюс, 2016. - 176 с.

4. Історія медицини та фармації : навч. посіб. / З. М. Мнушко [та ін.]. - Х. : Видавництво НФаУ : Золоті сторінки, 2009. - 208 с.
5. Основи догляду за дітьми. Техніка лікувальних процедур і маніпуляцій : навч. посіб. / О. В. Тяжка [та ін.] ; за ред. О. В. Тяжкої. - К. : ВСВ Медицина, 2014. - 152 с.
6. Історія медицини: Метод.посібник для студ. 1 курсу / Чернівецький держ.медичний ін-т / Борис Якович Дробніс (уклад.), Сергій Дмитрович Кобилянський (уклад.). — Чернівці, 1996. — 62с.
7. Строкань А. Вступ до фаху: Навч.посібник для студ. вищ. навч. закл. / Київський національний ун-т технологій та дизайну. — К.: КНУТД, 2004. — 132с.
8. Сятиня Михайло Л. Історія фармації: Навч.посібник для вищих навч. закл. / О.П. Реєнт (відп.ред.). — Л., 2002. — 660с.
9. Шегедин М. Історія медицини та медсестринства: Підручник для студ. вищих мед. навч. закл. I-II рівнів акредитації. — Т. : Укрмедкнига, 2003. — 328с.
- 10.Нетяженко В.З., Семина А.Г., Присяжнюк М.С. Общий и специальный уход за больными, К., 1993. — С. 5-21.
11. І.М. Шуліпенко. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології. Київ “Кий” 2008, С.78
- 12.9. В. Мурашко и др. Общий уход за больными. М. Медицина, 2012.
- 13.10. С.А. Мухина, Общий уход за больными. М. Медицина, 2014 (для медицинских училищ).
- 14.Сестринська справа (підручник для медичних училищ під редакцією М.Г.Шевчука), Київ, “Здоров’я”, 2013.-С. 69-81
- 15.Історія медицини: метод.посібник для студ. 1 курсу / за ред. Б. Я. Дробніс[та ін.]. - Чернівці : Світанок, 1996. - 62с.
- 16.Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. / за ред. Л.М. Ковальчука, О.В. Кононова. - К. : Медицина, 2009. - 478 с.
- 17.В. Мурашко и др. Общий уход за больными. Минск. Медицина, 2015.
- 18.С.А. Мухина, Общий уход за больными. Минск. Медицина, 2014 (для медицинских училищ).