

ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ  
ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
(КИЇВСЬКА МІСЬКА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ)  
**ЗАКЛАД ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ ОСВІТИ  
"КИЇВСЬКИЙ ФАХОВИЙ МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ № 3"**

Електронний посібник теоретичних занять  
з дисципліни  
"Основи медсестринства та медичної маніпуляційної техніки"

Підготувала викладач:  
Фурса Людмила Миколаївна

## Зміст

- Тема 1. Типи ЛПЗ. Безпечне лікарняне середовище. Лікарняно-охоронний режим.
- Тема 2. Інфекційна безпека. Профілактика внутрішньо-лікарняної інфекції. Санітарно-протиепідемічний режим. Дезінфекція.
- Тема 3. Стерилізація.
- Тема 4. Харчування та годування пацієнтів.
- Тема 5. Спостерігання та догляд за пацієнтом. Термометрія. Стадії гарячки.
- Тема 6. Спостерігання та догляд за пацієнтом. Дихання, подача кисню. Догляд за агонуючими.
- Тема 7. Спостерігання та догляд за пацієнтом. Пульс, артеріальний тиск.
- Тема 8. Спостерігання та догляд за пацієнтом з порушеннями функції травлення. Клізми.
- Тема 9. Виписування, отримування, зберігання, облік лікарських засобів.
- Тема 10. Шляхи введення лікарських засобів (зовнішній та ентеральний).
- Тема 11. Парентеральне введення лікарських засобів. Ускладнення та їх профілактика.
- Тема 12. Участь медичної сестри в лабораторних методах дослідження.
- Тема 13. Участь медичної сестри в інструментальних методах дослідження.
- Тема 14. Спостереження та догляд за пацієнтом з порушенням функції сечовивідної системи.
- Тема 15. Філософія, теорія, суть сестринської справи. Медична етика та деонтологія. Мистецтво спілкування.
- Тема 16. Етапи медсестринського процесу.
- Тема 17. Класифікація потреб людини. Проблеми пацієнта. Медсестринські моделі.
- Тема 18. Санологія.

## Тема 1. Типи ЛПЗ. Безпечне лікарняне середовище. Лікарняно-охоронний режим.

### *Типи лікувально-профілактичних закладів.*

Медична допомога в Україні здійснюється різними медичними закладами, що розподіляються на амбулаторні, стаціонарні, змішані, заклади охорони материнства і дитинства, санаторії та профілакторії.

**Амбулаторні заклади** – в них надається лікувальна допомога хворим, які знаходяться в домашніх умовах.

1. *Поліклініка*
2. *Амбулаторія*
3. *Медико-санітарна частина*
4. *Диспансери*
5. До складу поліклінік входять *консультації* (дитяча та жіноча).
6. *Фельдшерсько-акушерські пункти*
7. *Станції „швидкої допомоги”*
8. *Здоровпункт*

**Стаціонарні заклади** – проводять лікування хворих, яких госпіталізують у відділення.

1. *Лікарня.*
2. *Клініка*
3. *Госпіталь (шпиталь)*
4. *Санаторії (профілакторії)*
5. *Хоспіс*

**Заклади охорони материнства і дитинства.**

### **Безпечне лікарняне середовище**

Робоче місце медичної сестри повинно бути організоване так, щоб попередити травми хребта.

**Біомеханіка тіла** – це спосіб за допомогою якого тіло людини пристосовується, щоб не втратити рівновагу під час руху. Правильне положення тіла – положення при якому спина випрямлена і виключені як б то не були викривлення, напруження, тиск і почуття дискомфорту.

**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 та психічний спокій хворого.

## Розпорядок дня у відділеннях терапевтичного профілю

Години	Заходи	Обсяг роботи медичної сестри
7.00	Підйом	Вмикає світло в палатах
7.05-7.30	Вимірювання температури тіла	Роздає термометри, слідкує за правильністю вимірювання температури тіла, записує результати вимірювання в температурний листок
7.30-8.00	Ранковий туалет хворих	Допомагає вмитися важкохворим, обробляє ротову порожнину, очі, ніс, підмиває, розчісує, перестеляє ліжку, відправляє сечу та кал в лабораторію
8.00-8.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям
8.30-9.00	Сніданок	Допомагає роздавати їжу, годує важкохворих
9.00-10.00	Обхід лікаря	Бере участь в обході та записує призначення лікаря
10.00-13.00	Виконання призначень лікаря	Супроводжує хворих у рентген кабінет, до лікарів-консультантів, проводить зондування, робить ін'єкції, доглядає за важкохворими
13.00-13.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям
13.30-14.30	Обід	Допомагає їжу, годує важкохворих
14.30-16.30	Післяобідній відпочинок	Провітрює палати, слідкує, щоб було тихо у відділенні та палатах, контролює стан важкохворих
16.30-17.00	Вечірнє вимірювання температури тіла	Роздає термометри, слідкує за правильністю вимірювання температури тіла, записує результати вимірювання в температурний листок та історії хвороби
17.00-17.30	Прийняття ліків	Роздає ліки та слідкує за їх прийняттям

17.30-19.00	Відвідування хворих родичами	Слідкує за порядком у відділенні, перевіряє передачі родичів
19.00-20.00	Вечеря	Допомагає роздати їжу, годує важкохворих
20.00-21.00	Виконання вечірніх призначень	Готує хворих до рентгенівського та ендоскопічного досліджень на наступний день, ставить клізми, банки, накладає гірчичники, зігріваючі компреси, робить ін'єкції
21.00-22.00	Вечірній туалет	Підмиває важкохворих, перестеляє ліжко, обробляє ротову порожнину, проводить туалет носа, вух, провітрює палати
22.00	Відхід до сну	Вимикає світло у палатах, вкриває хворих, слідкує, щоб було тихо у відділенні та палатах

Треба створити навколо пацієнта сприятливий емоційний клімат з оптимістичним настроєм.

Дуже важливе значення має дотримання хворим призначеного йому режиму фізичної активності. В лікувальних закладах режим пацієнта може бути суворим ліжковим, ліжковим і палатним.

Положення пацієнта в ліжку може бути активним, пасивним і вимушеним.

*Активне положення* пацієнту призначає лікар при легкому перебігу захворювань, або в початковій стадії важкого захворювання. При цьому хворий самостійно змінює своє положення в ліжку, сідає, встає, ходить, приймає їжу, проводить засоби особистої гігієни.

*Пасивне положення* спостерігається у хворих в непритомному стані, або у дуже ослаблених осіб. При цьому хворий не може самостійно змінити своє положення (підняти голову, руки) і займає таке положення якого йому надали.

*Вимушене положення* яке займають хворі для полегшення стану і зменшення симптомів захворювання (біль, задишка, тощо).

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.

**Тема 2. Інфекційна безпека. Профілактика внутрішньо-лікарняної інфекції. Санітарно-протиепідемічний режим. Дезінфекція.**

**СПЕР (санітарно-протиепідемічний режим)** – це комплекс організаційних, санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів, які запобігають виникненню внутрішньо лікарняної інфекції.

**Основними чинниками СПЕР є:**

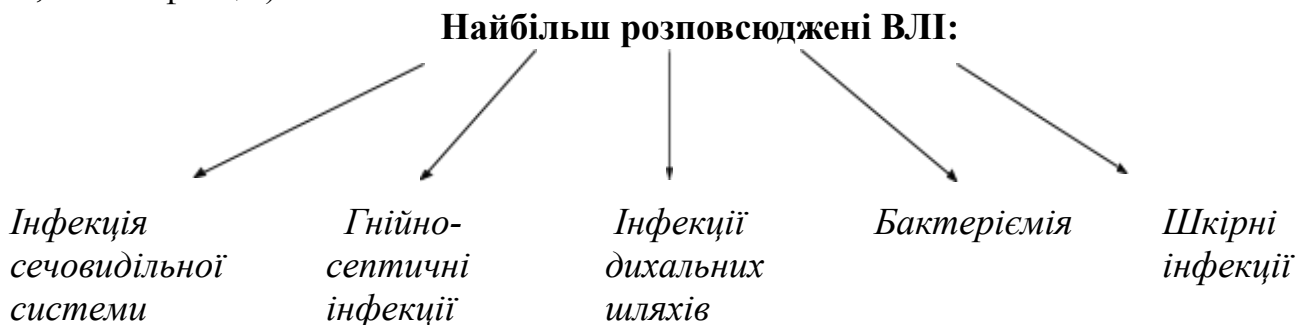
- дезінфекція
- стерилізація
- асептика
- антисептика

СПЕР у ЛПЗ – забезпечується інфекційним контролем, в основу якого покладена інфекційна безпека.

**Внутрішньолікарняною інфекцією** – вважають будь-яке клінічно виражене захворювання мікробного походження, якщо воно вражає хворого в результаті його госпіталізації або відвідування лікувального закладу з метою лікування або діагностики.

**Інфекція** (*infectio* - зараження) – це стан зараження організму патогенними мікробами, при якому відбувається взаємодія між збудником захворювання і організмом.

Внутрішньолікарняні інфекції можуть вражати як пацієнтів так і медичний персонал при виконанні їх функціональних обов'язків (вітряна віспа, гострі респіраторні вірусні інфекції, гострі кишкові інфекції, вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекція).



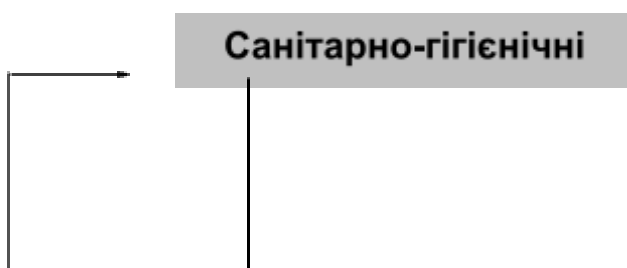
**Джерела збудників ВЛІ:**

- самі хворі
- бактеріоносії (у тому числі можуть бути і медпрацівники)
- матері (в акушерських стаціонарах)

**Шляхи передачі збудників ВЛІ:**

- повітряно-крапельний і повітряно-пиловий шлях передачі;
- контактно-побутовий;
- харчовий;
- парентеральний (Артифікаційний)
- 

**Схема профілактики внутрішньолікарняної інфекції в стаціонарі**  
**Спрямованість профілактичних заходів**



→ **Режим провітрювання**

вентиляція

кондиціонери

переносні повітроочищувачі

роздільні вентиляційні канали

→ **Прибирання помешкань**

регулярність проведення

використання дезінфектантів

дезінфекція збирального інвентарю

→ **Дезінфекція постільних речей**

дезінфекційна камера

→ **Разові комплекти**

→ **Розміщення хворих**

дотримання санітарних норм устаткування боксів

устаткування ізоляторів для хворих ВІЛ

ізоляція хворих з ускладненнями

пологовий будинок: мати і дитя

→ **Раціональна терапія**

раціональна антибіотикотерапія

обґрунтованість

→ **Протиепідемічний режим**

→ **Знезаражування інструментарію**

централізовані стерилізаційні відділення

→ **Безпечне харчування**

контроль харчоблоку, пункту роздачі

раціональне збереження продуктів

## —> Контроль здоров'я персоналу, хворих

### Особиста гігієна медичного персоналу

Медична сестра повинна бути взірцем чистоти та акуратності. Її робочим одягом є халат чи медичний костюм, шапочка або косинка, які повністю прикривають волосся і м'яке шкіряне зручне взуття.

Для роздавання їжі і годування важкохворих має бути інший чистий халат.

Виходячи за межі лікарні або відвідуючи санітарний вузол, медична сестра повинна знімати халат.

При виконанні певних медичних маніпуляцій (перев'язки, пункції...) медична сестра обов'язково повинна одягати маску. У дитячих, хірургічних відділеннях або пологових будинках маску носять постійно.

Медична сестра не повинна зловживати косметикою, парфумами. Її руки повинні бути завжди чисто вимиті, нігті – коротко зрізаними.

### Знезараження рук персоналу

**Миття рук** – найефективніший метод запобігання поширенню мікроорганізмів серед персоналу і хворих лікувально-профілактичних закладів.

**Є рівні оброблення рук.**

Миття рук з милом та водою

Гігієнічне оброблення рук

Хірургічний рівень

**Дезінфекція** – це знищення в середовищі, що оточує людину патогенних мікроорганізмів (бактерій, вірусів, рикетсій, грибів, найпростіших, токсинів), їх переносників (комах, кліщів), а також гризунів.

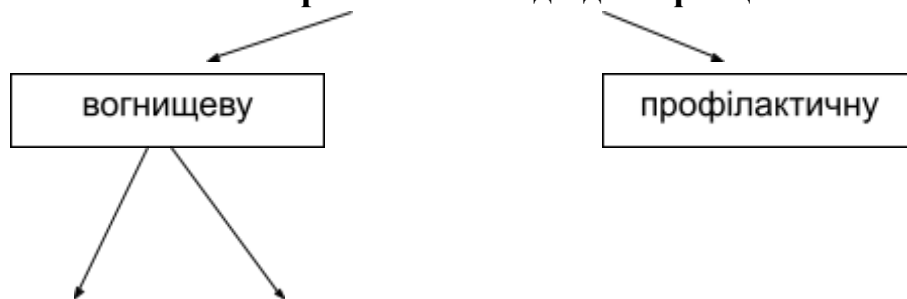
**Для проведення дезінфекції необхідно знати:**

- 1) що підлягає знезараженню;
- 2) коли необхідно провести дезінфекцію;
- 3) чим провести дезінфекцію;
- 4) як здійснити дезінфекцію.

**Розділи дезінфекції:**

1. Власне дезінфекція – знищення патогенних мікроорганізмів.
2. Дезінсекція – знищення переносників (комах, кліщів).
3. Дератизація – знищення гризунів.
4. Стерилізація – знищення всіх мікроорганізмів і їх спор.

**Розрізняють 2 види дезінфекції:**





### Приготування робочих розчинів різної концентрації

Концентрація робочого розчину, %	Кількість концентрату, мл.	Об'єм води для приготування 10л. води, л
0,1	100	9,9
0,2	200	9,8
0,3	300	9,7
0,4	400	9,6
0,5	500	9,5
1	1 000	9,0
3	3 000	7,0
5	5 000	5,0

### Приготування розчину дезактину

Концентрація дезактину в розчині, %	Кількість дезактину, г	Об'єм води, мл
-------------------------------------	------------------------	----------------

0,2	2	1 000
1	10	990
2	20	980
3	30	970
4	40	960
5	50	950

Література:

3. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринста”.
4. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
5. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

### **Тема 3. Стерилізація.**

**Стерилізація** (від латинського *sterilis* - безплідний) – це знищення всіх мікроорганізмів (патогенних і непатогенних) і їхніх спор за допомогою фізичних та хімічних чинників.

Стерилізуватися повинні всі вироби, які торкаються з рановою поверхнею, з кров'ю або ін'єкційними препаратами та окремі види медичних інструментів, які в процесі експлуатації торкаються зі слизовою оболонкою і можуть визвати її травму (порушення цілісності).

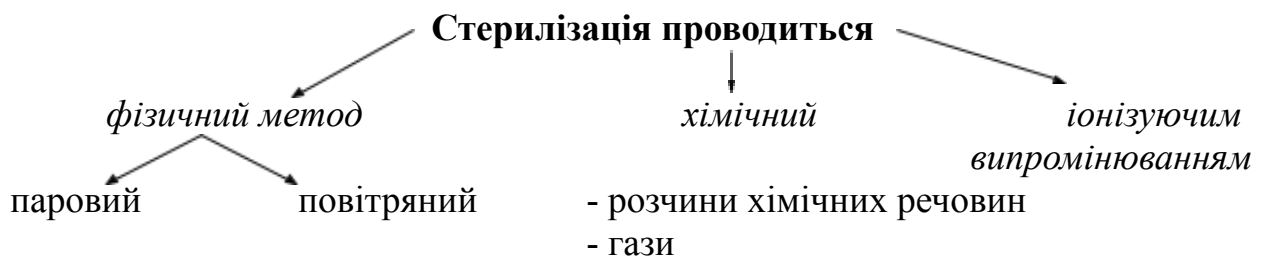
Стерилізація має дуже важливе значення для клінічної і профілактичної медицини. Стерилізація медичних інструментів, предметів догляду, перев'язувального матеріалу має велике значення в профілактиці внутрішньо лікарняної інфекції.

### Підготовка медичного інструментарію до стерилізації:

- 1) Дезінфекція
- 2) Передстерилізаційна обробка
- 3) Стерилізація

#### Хімічний метод

(замочування на 1 год.  
у 0,5% р-н дезактину)



#### Контроль якості передстерилізаційної обробки

##### **На наявність прихованої крові**

- азопірамова
- амідопіринова
- аспаргамова

Час врахування – 1 хв.  
Колір – синьо-зелений  
– фіолетовий

##### **На залишки миючого розчину**

- фенолфталеїнова

Час врахування – 1 хв.  
Колір – рожевий

##### **На жирові забруднення**

- судан - 3

Час врахування – 1 хв.  
Колір – жовтий

#### Методи стерилізації

**I. Паровий метод** – використовується водяна насичена пара під тиском. Стерилізація проводиться в паровому стерилізаторі (автоклаві).

Стерилізація проводиться в біксах, м'якій упаковці, крафт-пакетах

Тиск пари – 2 Атм  $t=132^{\circ}\text{C} = 20$  хв.

1,1 Атм  $t=120^{\circ}\text{C} = 45$  хв.

Контроль стерильності здійснюється за допомогою фізичного, хімічного та бактеріологічного методів.

## II. Повітряний метод стерилізації.

Використовується висока температура (сухе, гаряче повітря)

Стерилізація проводиться в (сухожарових шафах) повітряних стерилізаторах.

При  $t = 180^{\circ}\text{C}$  протягом 60 хв.

При  $t = 160^{\circ}\text{C}$  протягом 150 хв. (2,5 год.)

Контроль якості стерилізації: проводять фізичним, біологічним та термічним.

1) При фізичному методі контролю застосовують порошкоподібну речовину:

сахароза   $t = 180^{\circ}\text{C}$

тіосечовина

альбуцид   $t = 160^{\circ}\text{C}$

аспірин

аскорбінова кислота

2) При термічному – за допомогою термометра.

III. Хімічний метод стерилізації – (холодна) стерилізація. Це стерилізація за допомогою розчинів хімічних речовин і газів.

Така стерилізація проводиться при  $t$ , яка не перевищує температури коагуляції білка ( $45-60^{\circ}\text{C}$ ).

- 6% перекис водню  $t = 18^{\circ}\text{C} - 6$  год.,  $t = 50^{\circ}\text{C} - 3$  год.

- 70% етиловий спирт – 2 год.

Використовується емальований, скляний або пластмасовий посуд. Після стерилізації – промити у стерильній дистильованій воді або ізотонічному розчині.

IV. Стерилізація іонізуючим випромінюванням. Променеву стерилізацію проводять іонізуючими променями великої енергетичної сили, які можуть проникати на різну глибину в матеріал, що підлягає стерилізації. Переважно застосовують бета- і гамма- випромінювання. Застосовують на промислових підприємствах, де виготовляють:

Література:

1. В.М. Лісовий, Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринста”.

2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.

3. Л.М. Ковальчук, О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”

## Тема 4. Харчування та годування пацієнтів.

Харчування людини, як одна з основних фізіологічних потреб живого організму, відіграє важливу роль у збереженні здоров'я, з продуктами харчування людина отримує речовини, необхідні для нормальної життєдіяльності – білки, жири, вуглеводи, мінеральні солі, воду, вітаміни.

Кількість енергії, що виділяється при окисленні харчових речовин є показником **енергетичної цінності(калорійності) їжі.**

**Харчування** – процес надходження, перетравлення, всмоктування та засвоєння в організмі речовин, необхідних для покриття його енергетичних витрат, побудови й оновлення тканин і регуляції функцій організму.

Правильне харчування забезпечує ріст і розвиток і захищає організм здорової людини від захворювань, підвищує опірність організму, сповільнює процеси старіння.

Добова потреба здорової дорослої людини залежить від конституції, маси тіла, росту, віку, виду професійної діяльності і в середньому становить 3000 ккал.

**Білки** – є однією з найважливіших складових частин харчового раціону. Вони входять в склад ферментів, гормонів, приймають участь в клітинному диханні, є переносниками кисню, захищають організм від мікробів та вірусів. Основними джерелами білків є продукти тваринного походження(м'ясо, риба, сир, яйця). В рослинних – їх міститься менше. Добовий раціон – 100-120г, при фізичному навантаженні – до 160г.

**Жири** – важливе джерело енергії в організмі. Вони служать опорою для багатьох внутрішніх органів. Без жирів неможливе нормальне засвоєння організмом білків, деяких мінеральних солей та жиророзчинних вітамінів. Добовий раціон – 80-100г, в т.ч. 20-25г рослинних жирів. Тваринні жири – яловичина, баранина, свинина, риба, жир; рослинні – соняшникова, кукурудзяна та лляна олії.

**Вуглеводи** – дають організму людини більше половини необхідної для його життєдіяльності енергії. Вони містяться переважно в продуктах рослинного походження. Вони необхідні для засвоєння жирів, а також для роботи м'язів, для діяльності печінки, нервової системи, серця. Добовий раціон – 400-500г.

**Вода** – складає більш ніж 60% від маси тіла. без неї неможливе життя. Добова потреба – приблизно 2,5л. велика частина цієї норми(1л) міститься в харчових продуктах (каша, хліб, овочі, фрукти), біля 1,5л – супи, компот, чай тощо.

**Мінеральні речовини** . кальцій – входить в склад кісткової та м'язової тканини. Приймають участь в з'єднанні крові. Фосфор – також входить в склад кісткової, м'язової та нервової тканин, приймає участь в енергетичному забезпеченні тканин. Натрій – важлива роль в діяльності нервової системи, затримує воду в організмі. Калій – приймає участь в процесі збудження, роботі серця. Залізо – входить в склад гемоглобіну.

**Вітаміни** є обов'язковою і незамінною частиною харчового раціону. Вони забезпечують нормальну життєдіяльність організму, приймають участь в процесі засвоєння інших харчових речовин. Вітаміни в достатній кількості містяться в звичайній їжі.

Головною засадою правильного харчування є збалансованість харчового раціону, тобто дотримання співвідношення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, води, мінеральних речовин.

Харчовий раціон здорової людини повинен включати 80-100г білків(50г – тваринного походження), 80-100г жирів( з них 20-25г рослинних і 2-6г

незамінних полі ненасичених жирних кислот), 400-500г вуглеводів(350-400г крохмалю, 50-100г – моно-і дисахаридів у вигляді глюкози і сахарози), 1700-2000мл води.

**Дієта** – режим харчування здорової людини або хворої людини, який враховує якісний склад їжі, її кількість, час і частоту вживання.

**Дієтотерапія** – лікувальне харчування, призначене пацієнтові на період лікування.

**Режим харчування** – дотримання дієтичних вимог, проміжків між прийманням їжі, об'єм порцій, їх смакові і фізичні властивості. У ЛПЗ – 4-х разовий режим харчування(сніданок-25%, другий сніданок-15%, обід-35%, вечеря-25%). При деяких захворюваннях – 5-6 разове харчування.

### ***Принципи лікувального харчування.***

Головним чином дієтичного харчування є кількісна і якісна відповідальність характеру захворювання, стану хворого.

**Кількісне обмеження** – до повного голодування(під контролем лікаря). Розвантажувальні дні(при ожирінні, атеросклерозі, серцево-судинні захворювання, гіпертонічній хворобі).

**Якісне обмеження: механічне і хімічне.**

Механічне обмеження – виключення з раціону грубої їжі, важко перетравлюваних продуктів (редька, ріпа. Бобові, грубоволокнисту клітковину), м'ясо, хліб. Спеціальні кулінарні обробки – подрібненому вигляді, перетертому.

Хімічне обмеження – виключення продуктів, що мають сокогінну дію, підвищення моторики шлунка та кишечника. Не рекомендують наваристі бульйони, прянощі, свіжий м'який хліб, млинці. Використовують теплову обробку.

Коригуючий принцип - базується на зменшенні того чи іншого продукту ( обмежують вуглеводи при цукровому діабеті; при крововтраті – збільшення білків)

Замісний принцип у харчовий раціон вводять речовини, в яких організм має недостачу ( вітаміни, білки).

Харчування, яке призначається як лікувальний засіб, називають лікувальним або дієтичним. Основне завдання лікувального харчування полягає у відновленні порушеного хворобою обміну речовин. Шляхом корекції складових елементів їжі, з урахуванням норм фізіологічних потреб і їх змін при різних захворювань вдається підвищити лікувальну дію харчування на хворобливий процес в організмі. В дієтичному харчуванні використовують 15 окремих дієт. Крім того, дієти 1,4,5,10 мають декілька варіантів. Кожна дієта відрізняється набором харчових продуктів, калорійністю, особливостями її засвоєння організмом, вмістом основних компонентів, кулінарною обробкою, вмістом кухонної солі. При виконанні заходів з догляду за хворими необхідно знати загальні показання для різних дієтичних столів, зокрема:

Дієта №1 – при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки;

Дієта №2 – при хронічних запальних захворюваннях шлунка(гастритах) з секреторною недостатністю;

Дієта №3 – при закрепах;

Дієта №4 – при запальних захворюваннях печінки та жовчних шляхів;

Дієта №5 – при захворюваннях печінки та жовчних шляхів;  
 Дієта №6 – при порушеннях пуринового обміну(подагра, сечокислий діатез);  
 Дієта №7 – при захворюваннях нирок та сечовидільних шляхів;  
 Дієта №8 – при ожирінні;  
 Дієта №9 – при цукровому діабеті;  
 Дієта №10 – при захворюваннях серцево-судинної системи;  
 Дієта №11 – при туберкульозі;  
 Дієта №12 – при захворюваннях нервової системи;  
 Дієта №13 – при інфекційних захворюваннях;  
 Дієта №14 – при фосфатних діатезах;  
 Дієта №15 – при захворюваннях у стадії одужання.

*Індивідуальні лікувальні столи* призначають при наявності у хворого декількох захворювань.

*Розвантажувальні дні* (сирний, молочний, огірковий. Картопляний, кавуновий, яблучний, компотний, м'ясний).

### Показання до штучного харчування

Через зонд	Через гастростому	Парентерально	Поживні клізми
Непритомний стан Виразка шлунка, що не зарубцьовується Великі травматичні ушкодження, набряк язика, глотки, гортані та стравоходу Відмова від їжі в разі психічних захворювань	Пухлини внаслідок, яких виникла непрохідність стравоходу або його звуження Пухлини глотки Опіки стравоходу	Тяжкі інфекції, інтоксикації Непрохідність кишок Великі втрати крові Післяопераційний період Шок, опіки Зневоднення організму	Зневоднення організму Неможливість здійснення природного або парентерального харчування

Проблема	Мета	Сестринські втручання
Зменшення апетиту	Відновлення апетиту	1. Дати рекомендації стосовно режиму дня та режиму харчування(нормалізувати сон, відпочинок; рекомендувати більше фізичної активності, прогулянки на свіжому повітрі); 2. Надати відповідну літературу по раціональному харчуванню. 3. Перед прийомом їжі перевірити їдальню(палату), створити сприятливі

		<p>умови для прийняття їжі( естетично оформити їжу, їжа повинна бути приємна на смак, відповідної температури).</p> <p>4. Після прийому їжі здійснити туалет ротової порожнини.</p>
Дефіцит знань стосовно призначеної дієти	Розуміння пацієнтом необхідності дієтичного харчування	<p>1. Провести бесіду з пацієнтом(або родичами) про принципи дієтичного харчування</p> <p>2. Охарактеризувати режим харчування, властивий призначеній дієті.</p> <p>3. Скласти для пацієнта(або його родичів) список рекомендованих продуктів і страв, а також заборонених призначеною дієтою.</p>

### **Висновок:**

На сьогоднішній лекції ви ознайомилися з принципами лікувального харчування. Повторили, яку енергетичну цінність мають різні необхідні речовини, а також для чого вони потрібні і в чому їх користь. Також ознайомилися з таким поняттям як раціональне харчування та методи для його провадження. І, головне, це ознайомлення з основними лікувальними дієтами та їх складом, а також як здійснюється організація харчування в стаціонарі. Не слід забувати і про можливі проблеми пацієнта під час харчування та намагатися усунути їх.

### **Література:**

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринста”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 5. Спостерігання та догляд за пацієнтом. Термометрія. Стадії гарячки.**

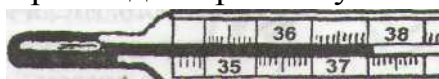
**Термометрія** — вимірювання температури тіла людини. Температура тіла є відносною константою внутрішнього середовища, підтримання якої здійснюється складними процесами терморегуляції. Стабільність температури тіла забезпечується тим, що кількість тепла, яка утворюється в організмі (теплопродукція) внаслідок окисних процесів в м'язах і внутрішніх органах, дорівнює тій кількості тепла, яку організм віддає в зовнішнє середовище {тепловіддача). Чим вищою є інтенсивність обмінних процесів, тим більшою є теплопродукція. Віддача організмом тепла відбувається за допомогою випаровувань з поверхні шкіри і дихальних шляхів, випромінюванням тепла і

нагріванням навколишнього повітря (теплопроведення). Стабільність температури (температурний гомеостаз) регулюється спеціальним терморегуляторним центром, розміщеним у головному мозку, і координується взаємодією нервової, ендокринної, серцево-судинної систем і органів виділення. Здатність організму змінювати рівень тепловіддачі залежить, головним чином, від сітки розміщених у шкірі кров'яних судин, які здатні швидко змінювати свій просвіт. При недостатності продукції тепла в організмі (або при охолодженні) рефлекторно звужуються судини шкіри і зменшується віддача тепла. Шкіра стає холодною, сухою, іноді виникає м'язове тремтіння, що збільшує теплопродукцію. Навпаки, при надлишку тепла (або при перегріванні) рефлекторно поширюються судини шкіри, збільшується її кровопостачання і відповідно зростає віддача тепла випромінюванням і теплопроведенням. Якщо цих механізмів тепловіддачі недостатньо, то різко збільшується потовиділення: випаровуючись з поверхні тіла, піт забезпечує інтенсивні втрати тепла організмом. Порушення механізмів теплопродукції внаслідок дії зовнішніх чи внутрішніх причин може призвести до зниження, а найчастіше до підвищення температури тіла — лихоманки.

У здорової людини під пахвою температура коливається в межах 36,4-36,8 °С, у прямій кишці на 1 °С вища. Летальна максимальна температура 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 годинами, а мінімальна — на світанку між 3-ю і 6-ю годинами.

Рівень температури тіла може залежати від захворювання чи визначатися реакцією організму хворого на патологічний чинник. Тому вимірювання температури тіла (термометрія) може мати діагностичне значення.

Вимірюють температуру тіла **максимальним 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 підвищення навіть при охолодженні і тому термометр називають максимальним. Ртуть не може самостійно опуститися в резервуар, бо цьому перешкоджає різке звуження капіляра в нижній частині.



Максимальний медичний ртутний термометр.

Ртуть опускається тільки при струшуванні. Щоб термометр не вислизнув з руки при струшуванні, на корпус іноді надягають гумовий обвідок. Шкала термометра проградуєвана від 34 до 42 °С з ціною поділки 0,1 °С. Ділення шкали, яке відповідає верхній межі ртутного стовпчика у капілярі, показує температуру тіла. Зберігають медичні термометри у склянці, на дно якої кладуть

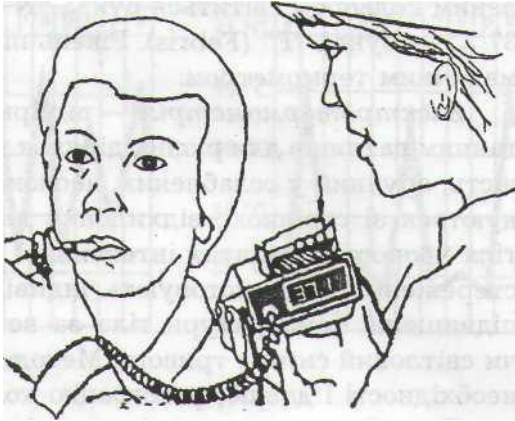
шар вати і наливають дезінфекційний розчин, наприклад, 0,2 % розчин дезактину.

Прийнято вимірювати температуру в пахвовій западині, в ротовій порожнині (оральна температура), в прямій кишці (ректальна температура). Перед вимірюванням термометр струшують, щоб ртуть опустилася в резервуар. Для цього захоплюють верхню частину термометра в кулак так, щоб середина його була між великим і вказівним пальцями, і кілька разів струшують. При струшуванні неохолодженого термометра можливі розриви стовпчика ртуті, які треба усунути повторним струшуванням. Перед вимірюванням температури необхідно оглянути пахвову западину (для виключення місцевих запальних процесів) і насухо витерти її натільною білизною або рушником. Кінець термометра з ртутним резервуаром розміщують у пахвовій западині, для чого хворий повинен відвести руку. Термометр кладуть таким чином, щоб ртутний резервуар з усіх боків стикався з тілом. Щоб термометр не вислизнув, руку хворого щільно приводять до грудної клітки, в ослаблених і тяжкохворих руку фіксує сестра. Вимірювання температури триває не менше ніж 10 хв. Між термометром і тілом не повинно бути білизни.

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 введення термометра сідниці хворого зближають одну з одною, що забезпечує фіксацію його. Термометр тримають 5 хв. Ректальну термометрію застосовують у немовлят, виснажених і знесилених хворих, її не слід застосовувати при запальних процесах у прямій кишці, проносах, кровотечі із тріщин чи гемороїдальних вен, а також при збудженні хворого. Після кожного вимірювання температури термометр дезінфікують.



Вимірювання температури під пахвою.



Вимірювання температури в ротовій порожнині.

При вимірюванні температури в **ротовій порожнині** термометр розміщують під язиком і фіксують зубами. Дітям частіше вимірюють температуру в паховій складці. Для цього ногу згинають у кульшовому суглобі так, щоб термометр знаходився в утвореній складці. Після вимірювання температури у хворого термометр ретельно миють теплою проточною водою і опускають на 15-20 хв. у темну склянку з дезінфекційним розчином (0,1 % дезоксон або 1 % хлорамін), потім добре витирають і, струсивши ртуть нижче мітки 35 °С, дають іншому хворому.

В 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 максимальне підвищення температури протягом доби, вимірюють її кожні 2-3 год. Отримані дані реєструють у температурному журналі, а потім переносять в індивідуальний температурний листок, вклеєний в карту стаціонарного хворого. Температурний листок є однією з обов'язкових форм медичної документації. У ньому, окрім температури, реєструють показники артеріального тиску, кількість випитої рідини, добову кількість виділеної сечі, масу тіла хворого, втручання (пункція плевральної порожнини і ін.). Результати кожного вимірювання температури позначають крапкою 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.



Вимірювання температури на лобі.

При температурі 36-37 °С на пластинці зеленим кольором світиться буква "№", а при температурі, вищій 37 °С — буква "Р". 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 зі стрілкою, відхилення якої на шкалі визначає температуру тіла хворого. В палатах інтенсивної терапії у системах моніторингового спостереження використовують індивідуальні термометричні блоки. При підвищенні температури тіла за встановлені межі подається звуковий чи світловий сигнал тривоги. Метод дозволяє проводити добуву, 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).

Захворювання людини можуть проявлятися зниженням або підвищенням температури. Зниження температури нижче 36 °С виявляються у хворих:

- зі зниженою функцією щитоподібної залози;
- при колапсі;
- переохолодженні;
- голодуванні;
- в осіб похилого та старечого віку;
- при агонії і в стані клінічної смерті.

Помірне підвищення температури може виявитися у фізіологічних умовах (при інтенсивній м'язовій роботі, на висоті травлення). Підвищення температури понад 37 °С при патологічних станах називають **лихоманкою або гарячкою**.

За ступенем підвищення розрізняють:

- субфебрильну (37-38 °С),
- помірно підвищену (38-39 °С),
- високу (39-41 °С),

— надмірно високу температуру (вище 41°).

Ступінь підвищення температури визначає особливості догляду за хворим.

Важливе значення має визначення добових коливань температури або лихоманки.

### ***Розрізняють наступні типи лихоманок***

1. Лихоманка постійного типу: 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: з різницею температури протягом доби 1-2 °С без зниження її до нормального рівня. Спостерігається при туберкульозі, гнійних захворюваннях.

3. Лихоманка переміжного, інтермітуючого типу. 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 — 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 або неправильна лихоманка, коли вранішня температура вища і знижується до вечора. Може бути ознакою сепсису, туберкульозу, бруцельозу.

6. Хвилеподібна лихоманка: спостерігається періодичне наростання температури з наступним її зниженням до норми і періодом нормальної температури тіла. Може бути ознакою лімфогранулематозу, бруцельозу.

7. Гарячка поворотного типу: 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 підвищення температури. Характерна для поворотного тифу.

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". Тривалість цієї стадії від декількох годин до 2-5 днів. Хворого необхідно вкласти в ліжку, зігріти (обкласти грілками, напоїти гарячим чаєм, вкрити додатковою ковдрою). Хворі з високою температурою повинні знаходитись на суворому ліжковому режимі і здійснювати фізіологічні потреби в ліжку.

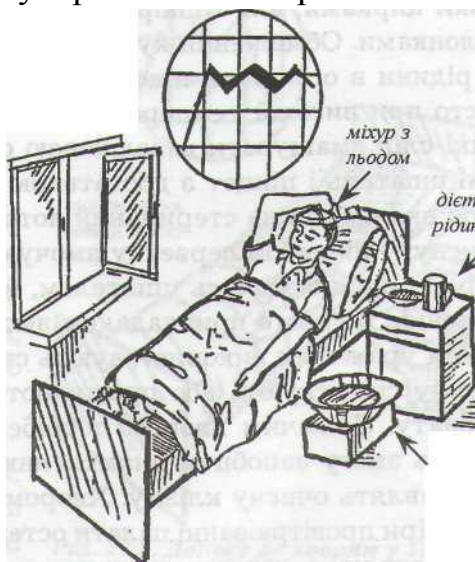
У *другій стадії* підвищена температура стабілізується на високому рівні, виявляються лише її коливання протягом доби. Підвищені теплопродукція і

тепловіддача знаходяться у динамічній рівновазі. М'язове тремтіння значно зменшується, блідість шкіри змінюється почервонінням. Хворий може скаржитися на головний біль, відчуття жару, спрагу, сухість у роті, зниження апетиту. Шкіра гаряча, червона, очі блищать. При високій температурі тіла можливе марення (делірій). Ознаками інтоксикаційного делірію є поява особливостей в поведінці хворого: неспокій, плач, стогін, повторення тих самих запитань до персоналу, відмова від їжі, підвищена чутливість до шуму і світла. На обличчі вираз страху і тривоги. Йому уявляються примарні картини, звірі, які нападають на нього. Делірій небезпечний навантаженням на серцево-судинну систему і можливими небезпечними для життя хворого і оточуючих людей діями.

У таких випадках встановлюють індивідуальний пост.

Ліжко 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.

Догляд за хворим у II стадії лихоманки.  
суворий ліжковий режим



При головному болю 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 у разі 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. Можна ставити холодні компреси, які роблять з використанням рушника або лляної серветки, складеної вчетверо і змоченої оцтом наполовину з водою або у воді з розведеним 1:1 спиртом. Серветку добре викручують, струшують і прикладають до голови на лобну та скроневі ділянки. Компрес швидко висихає і його необхідно змінювати кожні 3-4 хв. 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 вводити призначені серцеві чи судинні засоби.

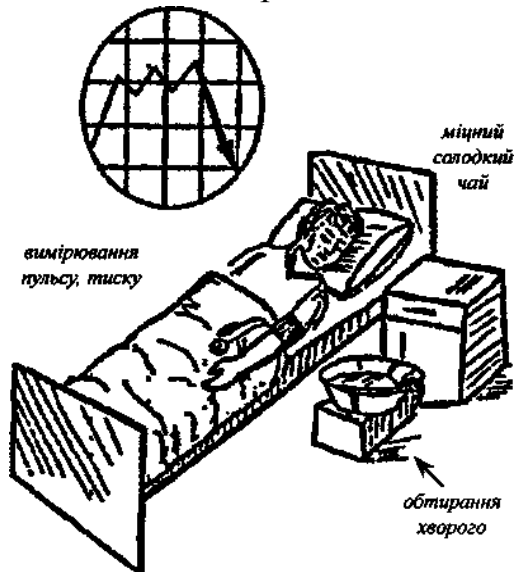
Висока температура і її значні коливання спричиняють виснаження хворого. Щоб підвищити опірність організму, необхідно давати хворому легкозасвоювані харчові продукти високої енергетичної цінності у рідкому чи напіврідкому вигляді (дієта № 13). У зв'язку із значним зниженням апетиту, харчування повинно бути частим (5-6 разів), при цьому їжу слід давати невеликими порціями, краще у години зниженої температури. Для дезінтоксикації організму хворий потребує великої кількості рідини у вигляді фруктових і ягідних соків, негазованої мінеральної води. Це сприяє зменшенню концентрації токсичних продуктів у крові. Введення великої кількості рідини забезпечує енергійне виведення шлаків не тільки нирками, але і шкірою через рясне потовиділення і слизовими оболонками. Обмеження кухонної солі у дієті також зменшує затримання рідини в організмі, підсилює виділення сечі.

Часто при високій температурі тіла виникають тріщини губ і кутів 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 уражене 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. 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 остерігаються протягів, хворого треба вкрити ковдрою, а голову прикрити рушником. Необхідно стежити з тим, щоб хворий не скидав ковдру. 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. Швидко, 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, почастищенням пульсу і зменшенням його наповнення, аж до появи 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. За 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 нижній кінець ліжка, дають пити гарячий чай чи каву. При раптового погіршенні стану до пацієнта слід викликати чергового лікаря. 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. Стан хворого покращується. Йому розширюють руховий режим, призначають висококалорійну дієту.

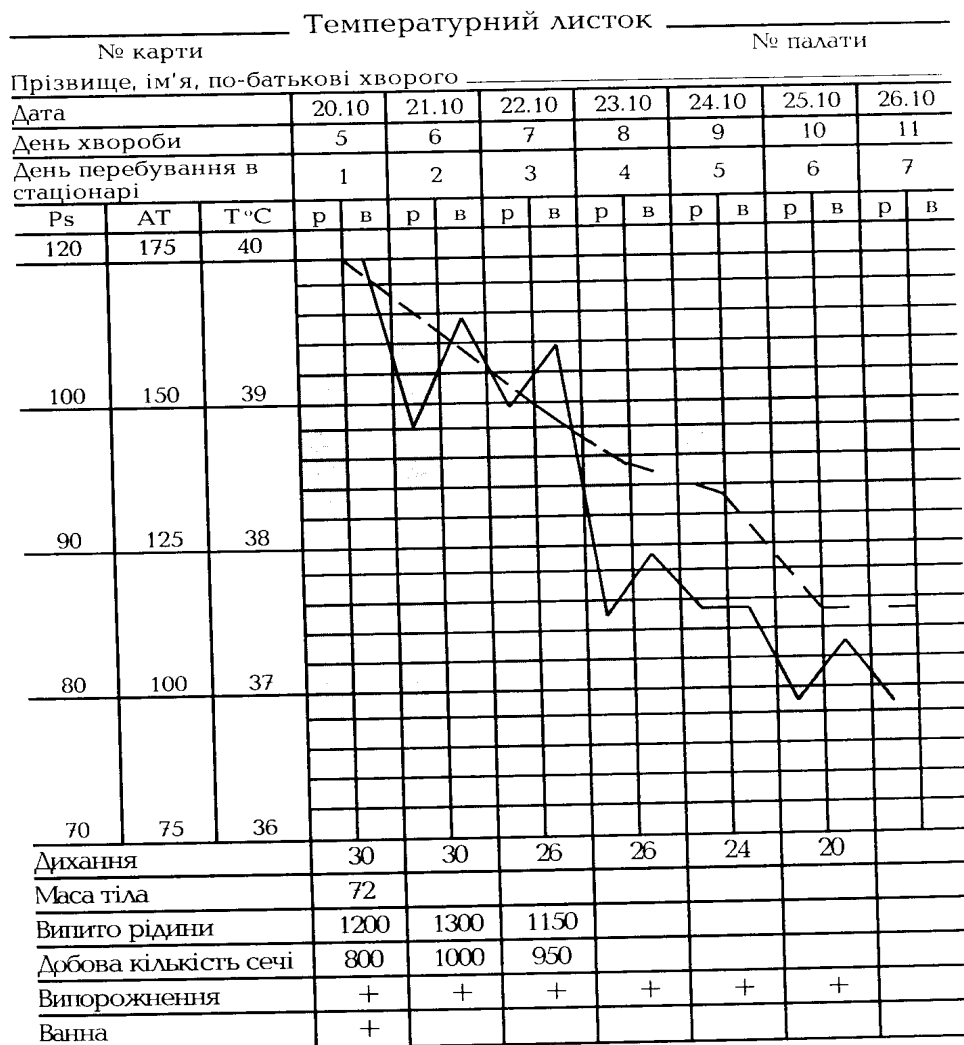
### ***Передбачувані проблеми.***

*Гіперпірексія* або *гіпертермія* — це надміру високе (вище 41 °С) підвищення температури тіла, що може призводити до важкого стану хворого або навіть смерті.

*Гіперпірексія*: може проявлятися непритомністю, збудженням, маренням, гарячкою. Зменшують гарячку і головний біль: холодні водно-оцтові примочки на голову, міхур з льодом на голову, обтирання тіла хворого водою кімнатної температури з додаванням оцту.

При гіпертермії важкого перебігу, що не піддається впливу лікувальним заходам, рекомендують: обкладання хворого міхурами з льодом, внутрішньовенне введення охолодженого ізотонічного розчину натрію хлориду, клізми з холодною водою.

"Ціна" однієї поділки на шкалі T° в температурному листку дорівнює 0,2°C. Температурна крива повинна бути чорного кольору (шарикова ручка або простий олівець).



**Мал. 3.** Індивідуальний температурний листок  
 Безперервною лінією показано температурну криву,  
 пунктирною – криву пульсу; замальовані стовпчики –  
 артеріальний тиск

103

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## Тема 6. Спостереження та догляд за пацієнтом. Дихання, подача кисню. Догляд за агонуючими.

При спостереженні за хворими з патологією органів дихання медична сестра контролює дихання і, оцінюючи його ознаки (частоту, ритм і глибину), визначає функцію дихальної системи.

Частотою дихання називають кількість дихальних рухів за 1 хвилину. Можна рахувати частоту дихання, спостерігаючи за рухами грудної клітки (при грудному типі дихання) чи передньої черевної стінки (при черевному типі дихання). Варто пам'ятати, що хворий може довільно затримати чи прискорити дихання, тому відвертають його увагу від цієї процедури. З цією метою найчастіше використовують прийом імітації дослідження пульсу на променевій артерії. Однією рукою беруть зап'ястя хворого для підрахунку пульсу, а другу кладуть на грудну клітку і по її рухах підраховують кількість дихань за 1 хвилину. Отримані результати заносять у температурний лист. У дорослої людини в стані спокою частота дихання коливається від 16 з 20 дихальних рухів за 1 хвилину. Кількість дихальних рухів відноситься з частоти серцевих скорочень, як 1:4. Частота дихання змінюється настільки при захворюваннях органів дихання, але і при хворобах серця, нервової системи, інфекційних захворюваннях.

Іноді одночасно з порушенням частоти дихання змінюється глибина його: дихання стає глибоким, шумним або, навпаки, має характер поверхневого, частого. Дихання може бути глибоким при коматозних станах. Зменшення глибини дихання може виявлятися при спастичних процесах в бронхах, запальних захворюваннях легень.

**Задишка** — зміна частоти, ритму, глибини дихання, що супроводжується суб'єктивним відчуттям нестачі повітря (стиснення в грудях, неможливість глибоко вдихнути чи звільнити грудну клітку від повітря при видиху).

Розрізняють *суб'єктивну і об'єктивну задишку*.

Якщо про задишку можна довідатись лише зі скарг хворого, то це суб'єктивна задишка. При виявленні зміни частоти, ритму дихання, коли в диханні беруть участь додаткові м'язи, виявляється ціаноз — це об'єктивна задишка.

Найчастіше виявляється одночасно суб'єктивна і об'єктивна задишка. Суб'єктивною може бути задишка у невропатів при істерії. Об'єктивною — у хворих з емфіземою, облітерацією плеври.

Залежно від того, яка фаза дихання порушена, розрізняють: *інспіраторну* — при якій утруднений вдих, *експіраторну* — при якій утруднений видих, змішану — при якій утруднені обидві фази.

*Інспіраторна* задишка проявляється відчуттям утруднення чи перешкоди вдихові. Вона спостерігається при набряку голосових зв'язок, при стисканні трахеї чи гортані пухлиною, при попаданні сторонніх тіл, при паралічі дихальних м'язів. При сильному звуженні трахеї вдих здійснюється з шумом — це стридорозне дихання.

*Експіраторна* задишка — це відчуття утрудненого видиху. Типовою є така задишка при спазмі дрібних бронхіол, що має місце при бронхіальній астмі. Іноді задишка виникає раптово. Напад задишки може бути легким, ледь

відчутним, у інших випадках він може бути вкрай важким і супроводжується відчуттям неможливості вдихнути чи видихнути повітря. Така задишка називається ядухою. Вона може бути при бронхітах, фібриноідному бронхіті, бронхіальній астмі.

У хворих можуть виникати особливі види задишки, які названі за іменами авторів, що їх уперше описали: *дихання Куссмауля, дихання Чейна-Стокса, дихання Біота*.

Дуже сповільнене і глибоке дихання з голосними шумами називають диханням Куссмауля. Воно може виявлятися при діабетичній комі.

Чейна-Стокса дихання — через декілька дихальних рухів настає пауза від 1/4 до 1 хвилини, під час якої хворий не дихає. Після паузи виникає нечасте поверхнєве дихання, яке з кожним рухом стає глибше і частіше, досягає максимуму і знову стає нечастим і поверхневим до виникнення наступної паузи. Періоди дихання змінюються періодами апное. Іноді під час апное хворий втрачає свідомість. Пояснюють це порушенням мозкового кровообігу, в тому числі в ділянці дихального центру (крововиливи в мозок, важка гіпертензія, пухлини головного мозку, отруєння морфієм).

Дихання Біота — рівномірні дихальні рухи час від часу перериваються паузами від декількох до 30 секунд. Паузи ці можуть виникати через рівні або різні проміжки часу. Найчастіше вияляється при менінгітах, в агональному стані.

*Кашель* — це складний рефлекторний акт, що сприяє очищенню бронхів. Це реакція на скупчення в трахеї, гортані і бронхах слизу, або при попаданні в них стороннього тіла, яка полягає у форсованому видиху, що здійснюється спочатку при закритій голосовій щілині. Не всі ділянки слизової дихальних шляхів є місцем виникнення кашлю. Розрізняють так звані кашльові зони, подразнення яких викликає кашель: слизова оболонка міжчерпалоподібного простору в гортані, біфуркація трахеї, місця розгалуження бронхів. Кашльовою зоною є поверхня плевральних листків. Кашльовий рефлекс контролюється корою, тому може бути викликаний або затриманий зусиллям волі.

Кашель сприяє видаленню бронхіального секрету, що підтримує мукоциліарний кліренс.

Кашльовий стимул призводить до глибокого вдиху, голосові зв'язки змикаються, діафрагма розслаблюється, підвищується тонус дихальної мускулатури. Все це призводить до зростання внутрішньогрудинного тиску. З відкриттям голосових зв'язок повітряний потік з великою швидкістю проходить через звужений просвіт трахеї і голосову щілину. Різниця між внутрішньогрудним і атмосферним тиском призводить до виникнення кашльового звуку.

Кашель можуть викликати запальні процеси, а також хімічні, механічні і термічні фактори.

Причинами кашлю можуть бути: трахеїт, бронхіт, пневмонія, плеврит, сторонні тіла, бронхіальна астма, рак легень.

Кашель розрізняють: *постійний і періодичний*.

Постійний: при хронічних бронхітах, трахеїтах, ларингітах, при застої в

легенях у серцевих хворих.

Періодичний: при підвищеній чутливості до холоду (при виході на вулицю), вранці у курців і алкоголіків, при емфіземі легень. У хворих з порожнинами легень або бронхоектазами кашель виникає в такому положенні, коли вміст порожнини виливається в просвіт бронха, частіше вранці.

Періодичний нападopodobний кашель виникає при коклюші.

Одноразовий напад кашлю буває при наявності стороннього тіла в дихальних шляхах.

При тривалому нападі кашлю набухають шийні вени, обличчя набрякле, ціанотичне. Це зумовлене утрудненням відтоку крові з порожнистих вен у праве передсердя внаслідок підвищення внутрішньогрудного тиску. При нападах кашлю можуть виникати крововиливи в кон'юнктиву, шкіру і слизові оболонки внаслідок розриву венозних капілярів. Сильний кашель може супроводжуватись блюванням внаслідок поширення подразнення на блювотний центр.

При набуханні голосових зв'язок кашель має лаючий відтінок. При руйнуванні голосових зв'язок (при туберкульозі, сифілісі) або при паралічі їх м'язів, що призводить до недостатнього замикання голосової щілини, кашель стає беззвучним. Такий самий кашель може бути в ослаблених хворих. При наявності великих каверн кашель має глухий відтінок.

Легке покашлювання, коли кількість секрету, що видаляється, невелика, може бути при ларингіті, фарингіті, в початкових стадіях туберкульозу легень.

"Нічний" кашель спостерігається внаслідок стискання збільшеними лімфовузлами біфуркації трахеї (при туберкульозі, лімфогранулематозі, пухлинах середостіння).

Якщо при кашлі не виділяється мокротиння, то такий кашель називають сухим, на відміну від вологого кашлю, що супроводжується виділенням мокротиння.

Сухий кашель буває при плевритах, бронхітах, в початковій стадії запалення легень.

Іноді при вологому кашлі мокротиння не виділяється: в ослаблених хворих, у дітей, що не вміють відкашлювати. Якщо кашель вологий, то слід з'ясувати, скільки мокротиння виділяється одноразово, протягом доби, у якому положенні краще відходить мокротиння, його колір і запах.

Наявність "іржавого" мокротиння є ознакою крупозної пневмонії.

Одноразове відходження гнійного мокротиння з неприємним запахом у великій кількості (500 мл і більше) є ознакою прориву абсцесу в просвіт бронха.

При бронхоектазах вранці мокротиння відходить "повним ротом", густе; його відходження збільшується в різних положеннях хворого.

Кровохаркання. — поява крові в мокротинні у вигляді прожилок або рівномірних домішок. Може бути при бронхіті, грипозному запаленні легень, туберкульозі, пухлині легень. Є важливою діагностичною ознакою при тромбоемболії легеневої артерії.

Відхаркування великої кількості крові і наявність домішок крові в кожному пльовку мокротиння свідчить про легенеvu кровотечу.

Кровохаркання і легенева кровотеча можуть залежати від різних причин: арозії судин (пухлина, каверни, бронхоектаз), розриву судинної стінки (легенева форма) артеріовенозних аневризм, телеангіектазії, виливанням крові в альвеоли

з бронхіальних артерій (інфаркт легень).

Кровохаркання і легеневу кровотечу слід відрізнити від стравохідної і шлункової кишкової кровотеч. Обстеження хворого повинно починатися з порожнини рота і носоглотки, що дозволяє виявити джерело несправжнього кровохаркання, зумовленого гінгівітом, стоматитом, абсцесом мигдаликів, геморагічним діатезом. При істерії хворі можуть насмоктувати кров з ясен, стимулюючи кровохаркання. В таких випадках кров перемішана з великою кількістю слини.

Масивна кровотеча може призвести до асфіксії (при прориві аневризми аорти, роз'їданні великих судин).

Відмінними ознаками легеневої кровотечі є відсутність блювання, яскраво-червоний колір крові, піниста кров при цьому не згортається.

При блюванні кров темна, згустками, перемішана з харчовими масами, реакція її кисла.

### ***Догляд за хворими з порушеннями функцій органів дихання***

Хворі з захворюванням органів дихання скаржаться на:

- задишку;
- кашель — сухий чи з виділенням мокротиння;
- кровохаркання;
- біль в грудній клітці, що підсилюється при глибокому диханні і кашлі;
- підвищення температури тіла, мерзлякуватість, пітливість.

Задишка, яка виникає при захворюваннях органів дихання, частіше буває експіраторною або змішаною. Хворому із задишкою надають підвищеного положення, його звільняють від стискуючого одягу, забезпечують доступ до нього свіжого повітря. Медична сестра забезпечує проведення призначеного лікарем лікування киснем, який хворий вдихає з кисневої подушки, а зволожений кисень — з кисневого балона або в кисневому наметі. Задишка, що досягає крайнього ступеня (ядуха), спостерігається при бронхіальній астмі, її усувають за допомогою підібраних лікарем бронхолітичних засобів. Останніми роками багато хворих з цією метою використовують "кишенькові інгалятори" ("Астмопент", "Сальбутамол").

При сухому надсадному кашлі призначають тепле питво, зокрема гаряче молоко з натрію гідрокарбонатом (1/4 чайної ложки на склянку) або наполовину з підігрітим боржомом. Полегшення може настати внаслідок використання медичних банок, гірчичників. Якщо кашель вологий, то необхідно контролювати кількість виділеного мокротиння. Хворому слід пояснити, що його заковтування може призвести до інфікування органів травлення.

Треба пам'ятати, що у мокротинні містяться збудники захворювань. В разі випльовування харкотиння на підлогу чи на землю воно висихає, розпилюється, піднімається в повітря, і знову надходить в легені оточуючих людей.

Хворому видають індивідуальну плювальницю попередньо наливши в неї до 1/3 об'єму 0,5 % розчину хлораміну. В стаціонарі плювальниці щовечора змінюють і проводять дезінфекцію використаних. Хворого навчають "кашльовій дисципліні", тобто вміння стримувати кашель при безпосередньому контакті з іншими людьми — за столом, при розмові.

Вимірювання кількості мокротиння і вивчення його властивостей мають

діагностичне значення. Це допомагає розпізнати характер захворювання, своєчасно діагностувати можливі ускладнення. Для вимірювання кількості харкотиння використовують градуйовану посудину з кришкою, на дно якої наливають дезінфекційний розчин. Поява у хворого болю в грудній клітці, підсилення кашлю з виділенням мокротиння "повним ротом" свідчать про прорив абсцесу в бронхах, у разі утрудненого відходження мокротиння необхідно допомагати хворому знайти положення, при якому воно виділяється найбільш вільно: дренаж положенням слід проводити 2-3 рази на день по 20-30 хв. Медична сестра, допомігши хворому знайти відповідне дренажне положення, надалі стежить, щоб пацієнт регулярно проводив цю процедуру самостійно. При появі у мокротинні домішок крові у вигляді прожилок або згустків треба заборонити хворому ходити, перевести його у напівсидяче положення в ліжку, повідомити про це чергового лікаря. *Біль* в грудній клітці при захворюванні органів дихання виникає внаслідок подразнення плевральних листків. Положення хворого на боці ураження плеври обмежує рухи плевральних листків і тим самим полегшує біль. Використовують також гірчичники, банки, йодну сітку, теплі компреси. Поява раптового болю в грудній клітці, який супроводжується різким погіршенням стану хворого, може бути проявом пневмотораксу чи прориву абсцесу в плевральну порожнину, що потребує негайної лікарської допомоги.

Частою ознакою запальних захворювань органів дихання є *гарячка*. Регулярну термометрію двічі на день проводять при лікуванні в стаціонарі і в домашніх умовах. При підвищенні температури хворий скаржиться, що його морозить. При цьому необхідно зігріти хворого, вкласти в ліжку, обкласти його грілками, прикрити додатковою ковдрою, напоїти гарячим чаєм; при значному підвищенні температури використовують міхур з льодом на лоб. Зниження температури може супроводжуватися підвищеною пітливістю. Хворого витирають сухим рушником чи простиралдом, змінюють натільну білизну. На ніч залишають декілька запасних пар білизни для зміни мокрої. Хворому з гарячкою дають до 1,5 л на день рідини у вигляді чаю, морсу, компоту, бульйону. Їжу слід давати невеликими порціями. У хворих з високою температурою контролюють пульс і артеріальний тиск, щоб своєчасно виявити ознаки гострої судинної чи серцевої недостатності.

Хворим з патологією органів дихання часто призначають *дихальну гімнастику*, навчаючи вправ з утягненням додаткових м'язів. Звичайно, методист лікувальної фізкультури навчає комплексу вправ, а медична сестра контролює стан пацієнта при самостійному виконанні їх.

### **Оксигенотерапія**

Лікування киснем (оксигенотерапія) проводять за призначенням лікаря при багатьох захворюваннях органів кровообігу і дихання. Застосовуючи один з методів оксигенотерапії, потрібно прагнути того, що він був зручний для пацієнта і не створював дискомфорту, давав оптимальну, а не максимальну концентрацію кисню і міг би поєднуватися з іншими методами дихальної терапії і (наприклад, дихальною гімнастикою). Коли немає ознак гіпоксії, оксигенотерапія «про всяк випадок» - швидше ворог, ніж друг. Інгаляція 100-відсотковим киснем викликає в організмі певні розлади, які не менш

небезпечні, ніж гіпоксія. Вдихання чистого кисню може надати токсичну дію на організм людини - сухість у роті, відчуття печіння за грудиною, біль у грудній клітці, судом і т. д. Тому для оксигенотерапії зазвичай використовують газову суміш, містить до 80% кисню (частіше 40-60%). При вдиханні газової суміші, до 50% кисню, можна використовувати протягом багатьох днів, не побоюючись шкідливих фізіологічних наслідків.

### ***Інгаляційний метод***

Це найбільш поширений метод штучної оксигенотерапії. У залежності від показань проводять інгаляції киснем різної концентрації - від 30 до 100%. Сучасна апаратура, яка використовується для оксигенотерапії, має дозиметри, а також спеціальні пристрої. Запам'ятайте! При всіх способах інгаляції обов'язково зволоження вдихуваних кисневих сумішей, і якщо кисень інгалірується через Інтубаційну трубку або трахеостомічну канюлю, бажано його зігрівання.

Інгаляцію киснем проводять за допомогою спеціальної кисневої апаратури через носові канюлі, лицьову маску, інтубаційну трубку, трахеостому. Для дітей і набагато рідше для дорослих пацієнтів використовують кисневі тенти-намети. Найбільш комфортний для пацієнта спосіб - інгаляція через носову канюлю. Під час даної інгаляції пацієнт має можливість говорити, кашляти, пити. Якщо не застосовують спеціальні методи зволоження, у пацієнта може бути виражена сухість носової порожнини, що є недоліком цього способу.

У великих лікувальних установах існує централізована подача кисню до системи життєзабезпечення, розташована поруч з ліжком пацієнта. В невеликих лікувальних установах інгаляції здійснюють безпосередньо з балону з киснем під'єданого через редуктор і зволожувач з канюлею (катетером, маскою). Зберігають і перевозять кисень в блакитних балонах, тиск в яких 150 атм. Кожен балон має знак заводу-виготовлювача, номер, масу, рік виготовлення, термін технічного огляду.

### ***Оксигенотерапія через носовий катетер***

Оснащення: стерильний катетер, зволожувач, дистильована вода, джерело кисню з витратоміром, стерильний гліцерин, лейкопластир.

#### **I. Підготовка до процедури**

1. Спитати у пацієнта (в тому випадку, коли це можливо) і (або) його близьких розуміння мети оксигенотерапії, наслідків процедури і отримати його згоду.

2. Вимити руки.

#### **II. Виконання процедури**

3. Розкритий упаковку, витягти катетер і змочити його стерильним гліцерином.

4. Ввести катетер в нижній носовий хід на глибину, рівну відстані від мочки вуха до крил носа.

5. Зафіксувати катетер лейкопластиром, щоб він не випав і не створював незручностей.

6. Прикріпіть катетер до джерела зволоженого кисню із заданою концентрацій і швидкістю подачі.

7. Забезпечить достатню свободу руху катетера і кисневих трубок прикріпіть їх до одягу безпечної шпилькою.

8. Перевіряти стан катетера через кожні 8 годин.

9. Спостерігати за тим, щоб зволожуючий апарат був постійно повний.

10. Оглядати слизову носа пацієнта для виявлення її можливого подразнення.

III. Закінчення процедури

11. Кожні 8 год перевіряють швидкість потоку кисню, концентрацію.

12. Відзначити спосіб, концентрацію, швидкість подачі кисню, реакцію пацієнта і результати підсумкової оцінки задоволення потреби в нормальному диханні пацієнта. Шкіра в області носа, що торкається з катетером, потребує ретельного догляду. За катетером теж необхідний догляд.

### **Неінгаляційний метод**

У теперішній час при багатьох захворюваннях внутрішніх органів (у тому числі при дихальній недостатності), що супроводжуються гіпоксією, тобто зниженням вмісту кисню в тканинах, застосовується гіпербарична оксигенація – лікування киснем під підвищеним тиском у спеціальних барокамерах. Виконання цього методу дає значне збільшення дифузії кисню в організм.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”

### **Тема 7. Спостерігання та догляд за пацієнтом. Пульс, артеріальний тиск.**

Своєчасна і ефективна допомога хворому часто залежить від професійної оцінки функціонального стану серцево-судинної системи. Медична

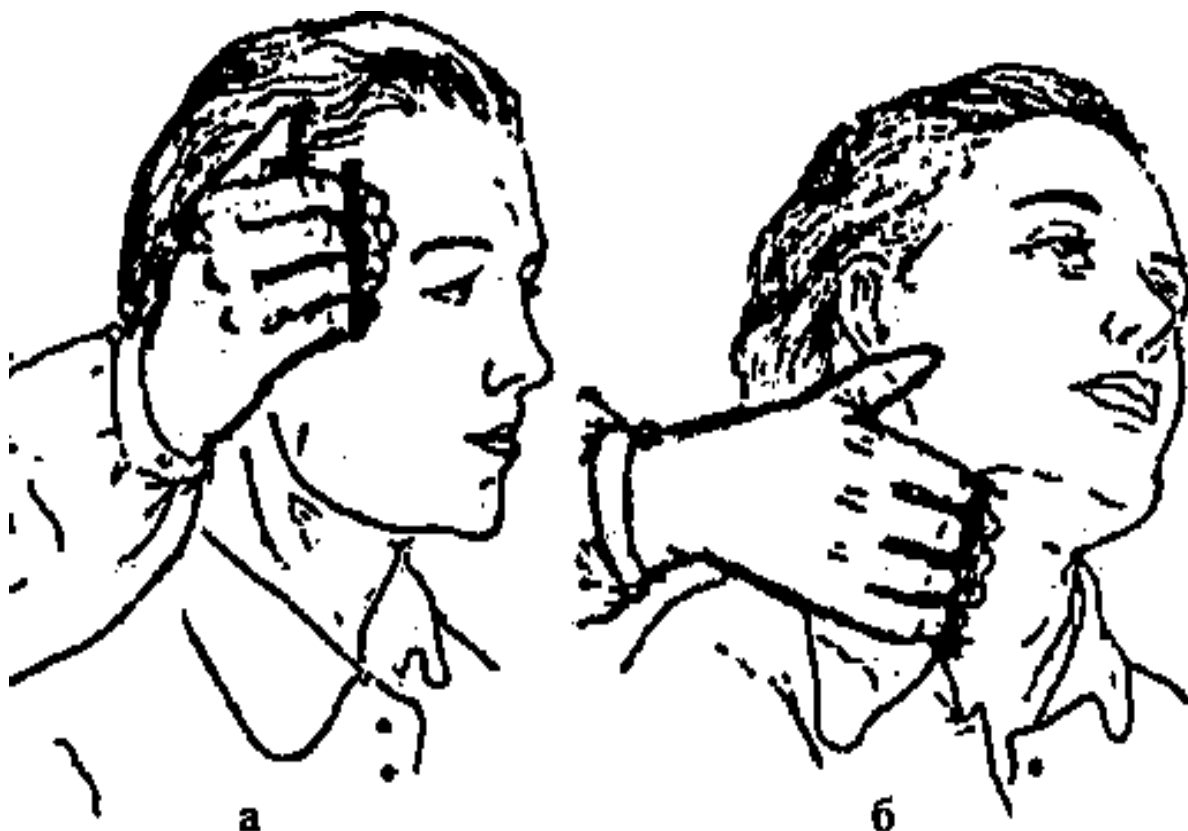
сестра незалежно від профілю відділу, у якому вона працює, повинна володіти методиками оцінки основних параметрів серцевої діяльності: досліджувати властивості пульсу і вимірювати величину артеріального тиску, оцінювати виявлені зміни і за необхідності надавати невідкладну долікарську допомогу.

**Пульс**— періодичні поштовхоподібні коливання стінок кровонесних судин, пов'язані із змінами їх кровонаповнення і тиску в них крові протягом одного серцевого циклу. Розрізняють пульс:

- артеріальний;
- венозний;
- капілярний. Артеріальний пульс

може бути:

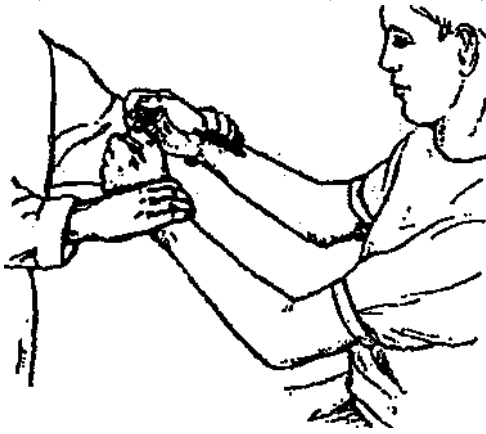
- центральним (на аорті, сонних артеріях);
- периферичним (на променевій артерії, артерії тильного боку стопи).



З діагностичною метою пульс досліджують на сонній скроневій, підключичній, променевій, підколінній, задній великогомілковій артеріях.

Найпростішим методом дослідження пульсу є пальпація у ділянках, де артерії розміщені ближче до поверхні тіла. Звичайно місця дослідження пульсу є одночасно точками перетиснення артерій для зупинки артеріальної кровотечі внаслідок прилягання артеріальних судин до кісток у цих місцях. Найлегше досліджувати пульс *на променевій артерії*, яка розміщена поверхнево і легко пальпується між шилоподібним відростком променевої кістки і сухожиллям внутрішнього променевого м'яза. Досліджуючи пульс на променевій артерії, долоню розміщують вище від промене-зап'ясткового суглоба таким чином,

щоб великий палець знаходився на тильній поверхні передпліччя, а решта пальців — на променевої артерії біля основи першого пальця хворого.



Дослідження пульсу починають на обох руках. Пульс на правій руці досліджують лівою і навпаки. Пальпацію пульсу проводять другим, третім і четвертим пальцями, якими помірно притискають артерію до внутрішнього боку променевої кістки. Порівнюють величину і синхронність появи пульсових хвиль на правій і лівій променевої артеріях. Різна величина

пульсових хвиль на цих артеріях спостерігається при аномаліях розвитку, звуженні або перетискуванні однієї з артерій. За наявності різниці пульсу дослідження проводять на тій променевої артерії, де пульсові хвилі виявляються краще. Досліджують основні ознаки пульсу — частоту, ритм, наповнення, напруження.

*Ритм* пульсу оцінюють за регулярністю появи пульсових хвиль. Якщо вони з'являються через однакові проміжки часу, то *ритм* вважають *правильним* (ритмічний пульс). При різних інтервалах між пульсовими хвилями *ритм* пульсу називають *неправильним* (*аритмія*). У тих випадках, коли кількість пульсових хвиль стає меншою, ніж частота серцевих скорочень, прийнято говорити про *дефіцит пульсу*.

*Аритмія* найчастіше є проявом захворювання серцевого м'яза, провідної системи серця, порушення нервової регуляції.

*Екстрасистолічна аритмія* — між двома черговими хвилями виникає позачергова пульсова хвиля, пауза після якої є більш тривалою і називається компенсаторною паузою. Екстрасистоли можуть бути поодинокими або груповими. При деяких захворюваннях виникають напади екстрасистолічної тахікардії, що тривають від кількох секунд до кількох днів. Ці напади називаються *пароксизмальною тахікардією*.

*Частота пульсу* — це кількість пульсових хвиль за 1 хв. Для їх визначення підраховують кількість пульсових хвиль за 30с. і отриману величину множать на 2. При неправильному ритмі підрахунок ведуть протягом 1 хв. У здорових дорослих людей частота пульсу коливається у межах 60-80 за 1 хв. у спокої.

У фізіологічних умовах частота пульсу залежить від багатьох факторів: від віку (найчастіший пульс у перші роки життя); від тренуваності (у тренуваному серці пульс буває нечастим); від статі (у жінок пульс на 5-10 ударів за хвилину частіший, ніж у чоловіків); від впливу емоцій (при страху, гніві пульс частішає).

Причиною прискореного пульсу може бути підвищення температури тіла. При гарячці підвищення температури тіла на 1°C викликає прискорення пульсу на 8-10 за 1 хв.

Почастішання серцевої діяльності — *тахікардія*, — що супроводжується збільшенням частоти пульсу, може бути ознакою:

- серцевої недостатності;
- запалення серцевого м'яза (міокардит);

— підвищення функції щитоподібної залози (тиреотоксикоз).

Сповільнення серцевої діяльності — *брадикардія* — проявляється зменшенням частоти пульсових хвиль (може доходити до 40 і нижче за хвилину), може бути ознакою:

- ураження провідникової системи серця;
- запалення мозкових оболонок;
- зниження функції щитоподібної залози;
- жовтяниці.

Поява тахікардії, брадикардії і аритмії вимагає уважного спостереження за хворим, особливо якщо ці ознаки з'являються у хворого вперше.

*Напруження пульсу* визначається зусиллям, яке необхідне для повного стискання пульсуючої артерії. Ступінь напруження пульсу залежить від рівня артеріального тиску: при його підвищенні пульс стає *твердим*, при зниженні — *м'яким* (при колапсі достатньо легко натиснути на артерію, як пульс зникає).

*Наповнення пульсу* визначається об'ємом крові, що знаходиться в артерії. При достатній кількості крові в артерії говорять про *повний* пульс, при значному зменшенні — про *порожній*.

*Висота пульсу* залежить від амплітуди коливань стінки артерії. При великій амплітуді пульс називають *високим*, при зменшеній — *низьким*. Якщо зменшується серцевий викид, то пульсові хвилі стають настільки малими, що пульс називають *ниткоподібним*. При виявленні такої загрозливої ознаки треба негайно повідомити лікаря.

Крім променевої артерії, пульс досліджують і на інших судинах. На сонних артеріях досліджують пульс по чергово з кожного боку без сильного тиску на артерію. При значному тиску на сонну артерію можливе різке сповільнення серцевої діяльності аж до зупинки серця і зниження артеріального тиску. В обстежуваного може виникнути запаморочення, корчі.



*Дослідження пульсу на артерії тильного боку стопи.*

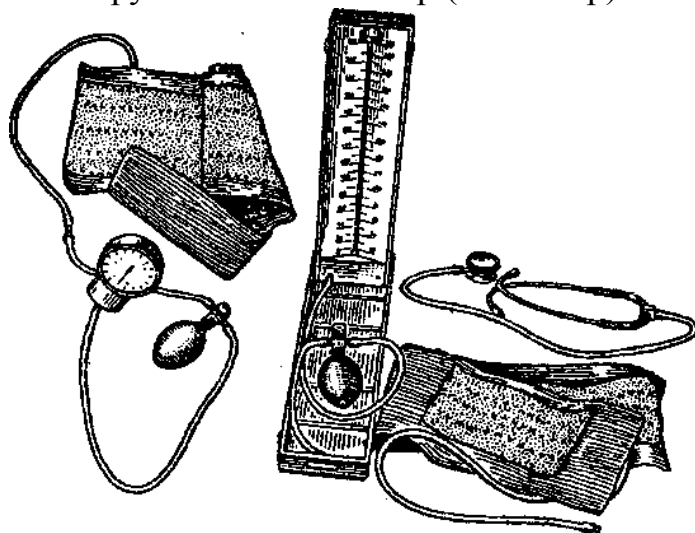
Пульс на стегновій артерії досліджують в паховій ділянці при випрямленому і дещо повернутому назовні стегні. На підколінній артерії пульс досліджують підколінній ямці у положенні хворого лежачи на животі. Пульс на артеріях тильного боку стопи пальпують на тильній поверхні стопи. Результати дослідження пульсу записують в історію хвороби чи амбулаторну картку, вказуючи ритм. Частоту пульсу щоденно відмічають червоним олівцем в індивідуальному температурному листку. З'єднання крапок, які відповідають відміченій частоті пульсу, називають *пульсовою кривою*, при аритмії її зображують переривною лінією.

Одним із важливих показників функціонального стану серцево-судинної системи є рівень артеріального тиску.

**Артеріальний тиск**— це гідравлічний тиск крові на стінку судин. Він залежить від сили скорочень серця (величини серцевого викиду) і тону периферичних судин. Величина артеріального тиску визначається в міліметрах ртутного стовпчика (в системі СІ — в кілопаскалях) .

Тиск крові вимірюють в час систоли і діастоли. *Систолічний тиск* на стінки артерій визначають в момент максимального підвищення пульсової хвилі вслід за систолою лівого шлуночка, *діастолічний*— в момент спаду пульсової хвилі під час діастоли. Різниця між величинами систолічного і діастолічного тисків називається *пульсовим тиском*.

Для вимірювання артеріального тиску використовують *сфігмоманометри*, основою яких є механічний або рідинний манометри (тонометр). Ртутний сфігмоманометр має скляну трубку, опущену в резервуар для ртуті об'ємом 15-20 мл. До трубки прикріплена шкала з міліметровими поділками (від 0 до 250-300). Рівень ртуті в скляній трубці встановлюють на позначці "0". Найбільшого поширення набув прилад, відомий як апарат Ріва-Рочі та пружинний манометр (тонометр) .



### *Обладнання для вимірювання артеріального тиску.*

Складовою частиною апарата Ріва-Рочі є манжетка, порожнистий гумовий мішок шириною 12-14 см і довжиною 30-50 см, на який надягнений чохол з тканини, що не розтягується. Під час дослідження у манжетку і в одночас у ртутний резервуар за допомогою спеціального приладу "груші" по системі гумових трубок нагнітають повітря. При цьому і в манжетці і резервуарі створюється однаковий тиск, величину якого можна визначити за висотою підвищення ртуті в скляній трубці.

При вимірюванні артеріального тиску обстежуваний має спокійно сидіти чи лежати, не розмовляти і не спостерігати за ходом дослідження. На його оголене плече, на 2-3 см вище від ліктьового згину, накладають манжетку і закріплюють таким чином, щоб між нею і шкірою проходив тільки один палець. При нагнітанні повітря манжетка стискуватиме плече обстежуваного. Руку обстежуваного зручно кладуть на ліжку чи столі долонею догори. У ліктьовому згині знаходять плечову артерію і щільно притискають до неї фонендоскоп. Потім "грушею" з закритим вентилям поступово нагнітають повітря в манжетку і манометр. Під тиском повітря ртуть піднімається по скляній трубці. За допомогою фонендоскопа вловлюють момент, коли вже не чути звуків пульсових поштовхів і, повільно відкриваючи вентиль балона, знижують тиск у системі. В ту мить, коли величина тиску у манжетці досягає рівня систолічного тиску, вислуховується короткий голосний звук-тон. Цифри на рівні ртутного стовпчика показують величину систолічного тиску. При подальшому зниженні тиску в манжетці звучність тонів знижується і, нарешті, вони зникають. У момент зникнення тонів тиск в манжетці відповідає діастолічному, а цифри на манометрі вказують його величину.

Вимірюючи артеріальний тиск пружинним тонометром, стежать за коливаннями його стрілки, що рухається по круглому проградуєваному циферблату. Цей спосіб дослідження також передбачає нагнітання повітря у манжетку до повного стиснення плечової артерії, а у ліктьовій ямці проводять аускультацию. Потім, відкриваючи вентиль, поступово випускають повітря. Перші порції крові, потрапляючи в артерію, дають осциляції, тобто коливання стрілки, що вказує на систолічний тиск і супроводжується вислуховуванням тону. При подальшому зниженні тиску коливання стрілки зникають, тони не вислуховуються, що відповідає величині діастолічного тиску.

При зниженому артеріальному тиску в обстежуваного краще користуватись іншою методикою. У ліктьовому згині проводять фонендоскопом аускультацию у місці проекції плечової артерії, при цьому поступово нагнітають повітря в манжетку. Поява перших тонів відповідає величині діастолічного тиску з наростанням тиску у манжетці у момент зникнення тонів, цифри на манометрі відповідають величині систолічного тиску.

Пружинні манометри зручні для транспортування, але у зв'язку з ослабленням пружини потребують частого метрологічного контролю. Промисловість випускає тонометри зі звуковою сигналізацією, цифровими показниками. Артеріальний тиск вимірюють з точністю до 2 мм, за необхідності проводять вимірювання на обох руках і його дані реєструють в амбулаторній картці чи історії хвороби.

*Нормальна величина артеріального тиску для здорових дорослих осіб становить: для систолічного — 120-139 мм рт. ст., (16-18,5 кПа), діастолічного— 70-89 мм рт. ст., (9,3-11,9). Якщо систолічний тиск дорівнює 140 мм рт. ст. (18,7кПа) і більше, а діастолічний —90 мм рт. ст. (12 кПа) і більше, то це розцінюють як гіпертензію. Для перерахунку в Міжнародну систему одиниць слід виходити з того, що 1 кілопаскаль (кПа) дорівнює 7,5 мм рт. ст.*

Артеріальний тиск вимірюється двічі з інтервалом в 2-3 хв і фіксується середня цифра з двох вимірів. У випадках, коли виявляють рівень артеріального тиску 120/80 мм рт. ст. і нижче, вимірювання проводять один раз. Крім цифрового запису артеріального тиску у вигляді дробу, результати вимірювання реєструють у температурному листку у вигляді стовпчика, верхня межа якого означає систолічний, а нижня — діастолічний.

Додатковим методом є добове (амбулаторне) моніторування АТ. Його використовують для обстеження пацієнтів з гіпертензією на "білий халат".

Однак, на переконання кардіологів, оптимальним слід вважати тиск 120/80 мм рт.ст незалежно від віку хворого. До цього часу серед хворих на артеріальну гіпертензію широко розповсюджена хибна думка про "робочий тиск" — артеріальний тиск, при якому хворий почуває себе комфортно, навіть якщо він підвищений. Тому хворі при лікуванні знижують артеріальний тиск саме до такого рівня. Виходячи з сучасних позицій, це є серйозною помилкою і від такої лікувальної тактики слід відмовитись. Метою лікування підвищеного артеріального тиску є зниження його до 120-130/80 мм рт.ст.

Підвищення артеріального тиску називається гіпертензією (гіпертонією), зниження — гіпотензією (гіпотонією).

Для динамічного контролю величин артеріального тиску вимірювання його бажано проводити в одні і ті ж години, краще зранку; в певному положенні хворого, краще сидячи. За необхідності його вимірюють у будь-яку годину доби.

Хворих з підвищенням артеріального тиску навчають методиці самостійного контролю за величиною артеріального тиску. Слід навчити пацієнта самостійно визначити величину артеріального тиску і записувати її з зазначенням дати і години вимірювання. За певних умов, коли хворого неможливо навчити цій методиці, навчають родичів.

Найчастішим ускладненням багатьох захворювань серця є *серцева недостатність*, що зумовлена прогресуючим зниженням скоротливої здатності серцевого м'яза. Сповільнення течії крові, застій крові у великому і малому колах кровообігу, порушення проникності судинної стінки сприяють проникненню рідкої частини крові у тканини, що проявляється появою *набряків*. Доглядаючи за хворими з серцевою недостатністю, варто пам'ятати, що набряки на початкових стадіях можуть бути прихованими. У таких хворих

затримка рідини в організмі проявляється збільшенням маси тіла і зменшенням кількості виділюваної сечі.

Тому важливо у таких хворих визначати кількість виділеної за добу сечі (*добовий діурез*), зіставляючи його з кількістю випитої і введеної парентерально рідини (*водний баланс*). При обліку випитої рідини враховують не тільки чай, соки, але і рідкі перші страви, овочі, фрукти.

Для визначення добового діурезу медична сестра готує банку достатнього об'єму (3 л) і наклеює на неї етикетку, де зазначено прізвище та ініціали хворого, назва дослідження "Добовий діурез", номер палати і дату дослідження. Банку ставлять на підлозі або низькій полиці в туалетній кімнаті. Хворого попереджають, що після кожного сечовипускання (у судно чи баночку об'ємом 0,5 л) сечу слід злити у зазначену прізвищем хворого посудину. Якщо хворий лежачий, то медична сестра попереджає про це санітарку. Збір сечі проводять протягом доби. О 6 год ранку хворому пропонують помочитися і цю сечу виливають в унітаз. Всі наступні порції сечі зливають у приготований посуд. Останньою порцією сечі в добовому діурезі є сеча, виділена хворим о 6 годині ранку наступного дня. Після цього медична сестра, використовуючи мірний циліндр, визначає кількість виділеної за добу сечі і записує цифрові показники в індивідуальному температурному листку під датою минулої доби. Банку споліскують, на етикетці зазначають наступну дату, і продовжують за призначенням лікаря контролювати добову кількість виділеної сечі.

Добова кількість сечі у здорової людини дорівнює 1200-1500 мл. Добовий діурез здорової людини залежить від багатьох причин, але найбільше на його величину впливає кількість випитої рідини. Добовий діурез повинен складати не менше 75-80 % усієї води, що надійшла в організм. Решта рідини виділяється через шкіру, легені, кишечник. Діурез вважають *позитивним*, якщо кількість виділеної сечі більша, ніж кількість випитої рідини (таке явище може спостерігатися при призначенні сечогінних засобів). Якщо хворий упродовж доби виділяє сечі менше, ніж вживає рідини, то говорять про *негативний* (від'ємний) водний баланс, що може бути ознакою затримки рідини в організмі. Слід пам'ятати, що зменшення кількості виділюваної сечі може спостерігатись при рясному потовиділенні, при повторних блюванні чи проносі.

Стан водного балансу можна контролювати *також* зважуванням хворого: немотивоване збільшення маси тіла може бути ознакою затримки рідини.

У здорової людини вдень нирки виділяють сечі більше, ніж вночі. При серцевій недостатності та захворюваннях нирок кількість сечі, що виділяється вночі, може перевищувати кількість сечі, виділеної вдень — це називається *ніктурією*.

### **Догляд за хворими з хронічною недостатністю кровообігу**

Одним з важких ускладнень багатьох органічних захворювань серця є хронічна недостатність кровообігу. Вона обумовлена прогресуючим зниженням скорочувальної здатності серцевого м'яза, застоєм крові в малому і великому колі кровообігу і затримкою рідини в організмі.

**Запам'ятайте!** Найбільш характерними симптомами хронічної недостатності кровообігу є:

- 1) задишка і періодично виникаючі приступи ядухи (приступи серцевої астми);
- 2) набряки на ногах і в області попереку;
- 3) виражений ціаноз (синюшне фарбування шкіри) кінцівок, губ, вушних раковин, кінчика носа;
- 4) у важких випадках — скупчення рідини в порожнині плеври (гідроторакс), у черевній порожнині (асцит), у порожнині перикарда (гідроперикард);
- 5) прогресуюче зниження функції всіх органів: легень, печінки, шлунка, кишечника, ЦНС, нирок.

У залежності від виразності тих чи інших симптомів догляд за хворими з хронічною недостатністю кровообігу відрізняється деякими особливостями. Хворі з перевагою симптомів застою в малому колі кровообігу (у легенях) майже постійно мають потребу в піднятому положенні верхньої половини тулуба, тому що в цьому положенні трохи полегшується задишка чи ядуха.

Здійснюючи догляд за хворими з хронічною недостатністю кровообігу, варто пам'ятати, що серцеві набряки на початкових стадіях захворювання можуть бути схованими. У цих випадках затримка рідини в організмі виявляється швидким збільшенням маси тіла і зменшенням виділення сечі.

Дуже важливо у хворих із хронічною недостатністю кровообігу щодня визначати кількість виділеної за добу сечі (добовий діурез), зіставляючи його з кількістю випитої і введеної парентерально рідини (водний баланс). При підрахунку кількості випитої рідини враховуються не тільки чай, вода і т.п., але і супи, фрукти, овочі. Маса з'їдених фруктів і овочів приймається цілком за кількість поглиненої рідини.

Слід пам'ятати, що в зв'язку з необхідністю суворого дотримання постільного режиму і більш частого сечовипускання (прийом сечогінних!) хворі повинні бути забезпечені сечоприймачами.

У хворих із хронічною недостатністю кровообігу, як правило, відзначаються виражені трофічні зміни шкіри, особливо в області розвитку набряків: на ногах, в області попереку, куприка, лопаток і т.д. У цих місцях легко виникають пролежні. Тому особливо важливі для цих хворих догляд за шкірою і профілактика пролежнів.

Дієта хворого повинна бути досить калорійною, легкозасвоюваною, із включенням рослинної клітковини, з підвищеним змістом вітамінів і значним обмеженням солі і рідини (дієта № 10, № 10а). Краще готувати їжу без солі, а сіль видавати на руки 3—5 г на добу. Їжа повинна містити продукти, багаті солями калію (картопля, капуста, курага, інжир) і кальцію (молоко і молочні продукти), що володіють сечогінним ефектом. Доцільно дробове харчування: 5—6 раз у добу. Режим харчування і питва має велике значення в боротьбі з набряками і застоєм рідини у внутрішніх органах.

Здійснюючи допомогу хворим із хронічною недостатністю кровообігу, медична сестра повинна стежити за роботою кишечника: при запорах хворому з набряками потрібно ставити гіпертонічну чи масляну клізму.

При виконанні щоденних планових призначень лікаря може виникнути необхідність у виробництві термінової ін'єкції, у внутрішньовенному краплинному чи уливанні кровопусканні і т.д. Уміння виконати всі ці

маніпуляції є необхідною умовою роботи будь-якої медичної сестри, що особливо обслуговує хворих із захворюваннями органів кровообігу.

Неабияке значення у створенні сприятливого фону лікування має дотримання санітарно-гігієнічного та лікувального режимів.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 8. Спостереження та догляд за пацієнтом з порушеннями функції травлення. Клізми.**

**Нудота** (лат. nausea) - неприємне відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, яке супроводжується надмірним слиновиділенням, фізичною слабкістю, позивом до блювання. Нудота - частий провісник блювання. Вона є однією з специфічних симптомів при різних гострих і хронічних захворюваннях органів травлення. Нудота може супроводжувати виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, гострий і хронічний гастрит, хронічний холецистит, гепатит, панкреатит, онкологічні захворювання органів травлення.

При появі нудоти необхідно заспокоїти хворого, дати йому випити прохолодної води в суміші із кількома краплями настоянки м'яти. Для зменшення нудоти можна запропонувати випити 1-2 столові ложки прохолодної м'ятної або хлороформної води, прийняти під язик таблетку валідолу, забезпечити доступ у палату свіжого повітря, обмежити хворого від зайвих розмов. При тривалій нудоті слід викликати до хворого лікаря.

**Блювання** (лат.vomitum) - рефлексорний акт, який виникає внаслідок збудження блювотного центру і проявляється викиданням назовні вмісту шлунку. Блювання - один із найхарактерніших симптомів захворювань органів травлення. У деяких випадках блювання виникає як захисний акт, спрямований на видалення із порожнини шлунку недоброякісної їжі, отруйних, токсичних речовин, кислого шлункового вмісту. За таких причин блювання спроможне поліпшити самопочуття хворого. Блювотні маси часто містять залишки неперетравленої їжі, віддають кислим запахом. Іноді у блювотних масах містяться домішки жовчі, внаслідок чого вони набувають жовтого кольору.

При шлунковій кровотечі блювотні маси набувають бурого, брунатного або чорного забарвлення (колір кавової гущі) а випорожнення стають схожими на дьоготь (дьогтьоподібний кал).

**Промивання шлунка.** Процедуру застосовують для звільнення шлунка від токсичних продуктів при отруєннях недоброякісною їжею, отрутами синтетичного і рослинного походження (зокрема, отруйними грибами, алкоголем, деякими ліками, лугами, кислотами), а також при деяких захворюваннях (рак, ниркова недостатність, тяжкі форми цукрового діабету), за яких у шлункові накопичуються токсичні речовини.

<b><i>Показання:</i></b>	<b><i>Протипоказання:</i></b>
Отруєння лікарськими препаратами, недоброякісною їжею, грибами. Затримка їжі в шлунку внаслідок стенозу ворота. Атонія шлунка з явищами застою харчових мас. Гострий гастрит.	Стенокардія. Цироз печінки. Шлунково-кишкові кровотечі. Тяжка форма гіпертонічної хвороби.

Для промивання шлунка використовують товстий шлунковий зонд, сполучений із скляною лійкою ємністю 1-2 л. Промивання проводять водою кімнатної температури, в якій розчиняють невелику кількість натрію гідрокарбонату (1 ч ложка на 1 л води) або марганцевокислого калію

### ***Очисна клізма.***

Показання до застосування:

- запор;
- підготовка роділь до пологів;
- підготовка хворих до планових операцій;
- підготовка до інструментальних досліджень;
- отруєння, інтоксикація;
- підготовка до лікарської клізми. Протипоказання до застосування:

- кровотеча з травного тракту;
- гострі запальні або виразкові процеси в ділянці товстої кишки та вихідника;
- злоякісні новоутворення прямої кишки;
- перші дні після операції на органах травного тракту;
- тріщини в ділянці вихідника.

### ***Сифонна клізма***

Показання до застосування:

- відсутність ефекту від очисної, послаблювальної клізми і вживання проносних;
- необхідність виведення з кишок отруйних речовин, які потрапили через рот або виділяються через слизову оболонку;
- підозра на кишкову непрохідність.

Протипоказання до застосування:

- гнійні або виразкові ураження вихідника чи прямої і сигмовидної кишки;
- гострі запальні процеси в черевній порожнині;
- шлунково-кишкова кровотеча;
- випадання прямої кишки;
- виражені больові відчуття в животі під час проведення процедури.

### **Послаблювальні клізми.**

#### ***Масляна клізма.***

Показання до застосування:

- спастичні тривалі закрепи;
  - запальні й виразкові процеси товстої кишки.
- Протипоказання: відсутні.

#### ***Гіпертонічна клізма.***

Показання до застосування:

- атонічні закрепи;
- парез кишок після хірургічного втручання на органах черевної порожнини;
- набряки.

Протипоказання до застосування:

- гострі запальні й виразкові захворювання нижніх відділів кишечника;
- тріщини в ділянці відхідника.

***Краплинна (живильна) клізма.*** Показання до застосування:

- уведення лікарських розчинів об'ємом 1 - 2 л для компенсації великої втрати рідини організмом;

Протипоказання до застосування:

- набряки.

### **Лікувальні клізми.**

#### ***а) місцевої дії.***

Показання до застосування:

- запальні процеси товстої кишки.

*Протипоказання: відсутні.*

**б) загальної дії.**

Показання до застосування:

- уведення в організм лікарських речовин у випадку, якщо неможливо ввести ліки через рот або перорально.

*Протипоказання до застосування:*

- непереносимість даного лікарського препарату.

**Застосування газовивідної трубки.**

Показання до застосування:

- метеоризм.

*Протипоказання до застосування:*

- тріщини, гострі запалення в ділянці відхідника.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 9. Виписування, отримування, зберігання, облік лікарських засобів.**

### **Виписування ліків.**

Лікар після щоденного огляду хворих у відділенні записує в історію хвороби необхідні кожному хворому лікарські препарати, їх дози, кількість прийомів та шляхи введення.

Палатна м/с щоденно робить виписку у лист лікарських призначень. Перелік усіх призначених лікарських препаратів передають ст. м/с. Вона виписує вимогу-накладну ( наркотичні, сильнодіючі, отруйні, спиртовмісні ліки і ті які підлягають кількісному обліку, виписують на окремому бланкові вимоги, де латинською мовою вказують № історії хвороби, прізвище хворого, діагноз, підпис зав. відділення і головного лікаря).

Вимоги-замовлення на одержання ліків з аптеки заповнюють за групами:

- до I групи лікарських засобів відносять наркотичні (психотропні) засоби;
- до II групи лікарських препаратів відносять спирти та спиртові розчини;
- до III групи лікарських засобів відносять ліки заводського виготовлення;
- до IV групи лікарських засобів відносять екстемпоральні ліки, тобто ті, які виготовляють в аптеці;
- до V групи відносять перев'язний матеріал та предмети догляду за хворими.

Вимоги-замовлення на лікарські засоби, що підлягають предметно-кількісному обліку, виписуються у чотирьох екземплярах

латинською мовою. На всіх примірниках обов'язково повинен стояти штамп лікувального закладу, підпис головного лікаря та кругла печатка.

Спирти та спиртові розчини виписує старша медична сестра також у чотирьох примірниках.

Окремо у трьох примірниках виписує старша м/с:

- готові лікарські форми;
- екстемпоральні лікарські форми;
- перев'язний матеріал та предмети догляду за хворими.

### **Отримання, зберігання та облік ліків.**

Відповідальність за збереження і використання ліків, а також за порядок на місцях зберігання, дотримання правил призначення і видачі ліків несе завідувач відділення. Безпосереднім виконавцем є старша м/с.

Лікарські засоби зберігаються в шафі на окремих полицях з відповідними назвами: „Зовнішнє,, , „Внутрішнє,, , „Ін'єкційне,, .

Засоби з сильним запахом (мазь Вишневського, йодоформ) необхідно зберігати окремо. Окремо зберігають легкозаймісті засоби (спирт, ефір, бензин). Перев'язувальний матеріал, шприци та інші предмети догляду також зберігають окремо. Ліки, що розкладаються на світлі (ляпис, йод, бром) зберігаються у темному місці.

Вакцини , сироватки, антибіотики, а також відвари і мікстури зберігають у холодильнику. м/с слідкує за терміном зберігання ліків. Мікстури зберігаються – 5 діб, відвари – 3 доби, очні краплі – 3 доби.

Отруйні лікарські засоби зберігаються в окремій шафі під ключем, наркотичні – у сейфах або залізних шафах. На внутрішній поверхні дверцят сейфа роблять напис „А,, і наводять перелік отруйних речовин із зазначенням вищих разових та добових доз. Запаси сильнодіючих та наркотичних препаратів у відділенні не повинен перевищувати 5-ти днів. Сильнодіючі препарати (список „Б,,) зберігають в окремій шафі під ключем ( запас у відділенні не повинен перевищувати 10 днів). На дверцятах зазначають перелік проти отруйних дій.

У відділенні препарати, що містять отруйні і наркотичні речовини, підлягають кількісному обліку в спеціальному журналі пронумерованому, прошнурованому, завіреного печаткою та підписом головного лікаря. Медична сестра несе кримінальну відповідальність.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 10. Шляхи введення лікарських засобів (зовнішній та ентеральний).**

**До зовнішнього шляху застосування ліків відносять:**

**Змазування шкіри** – частіше різними дезинфікуючими засобами для знезараження. Для цього застосовують 3% чи 5% настоянку йоду спиртового, розчин брильянтового зеленого тощо.

**Розтирання шкіри** застосовують при деяких захворюваннях. Шкіру на місці розтирання і долоні обмивають теплою водою з милом і висушують. Тривалість розтирання 3-5 хв. Після розтирання шкіри хворого вкривають шерстяною хусткою або ковдрою.

**Присипка або пудра** – це суміш порошків. Вони мають висушувальну дію, вбирають тепло і охолоджують шкіру. Цим самим порошки і пудри діють протизапально, зменшують печію, біль, свербіння. Застосовують при запальних станах шкіри, які не супроводжуються мокрінням, при опрілостях.

**Збовтуючі суміші «бовтанки»** – це суміші порошків і рідин у рівних кількостях. При нанесенні бовтанки на шкіру її різкий компонент швидко випаровується, а порошки залишаються. Це спричиняє значне охолодження, а також висушування тканин.

**Пасту** – це суміші порошків і жирів у рівних кількостях. Паста просочує поверхневий роговий шар шкіри, змашують ділянку шкіри і зверху припудрюють.

**Мазі** – це лікарські речовини на жировій основі. Вони створюють на шкірі суцільний непромокаючий шар. Ліки, що входять до складу

мазі, проникають у шкіру глибше, ніж пасти.

**Пластир** справляє ще сильнішу дію, ніж мазь. Застосовують його для розсмоктування глибоких обмежених ущільнень шкіри. Накладають пластир на 2-4 дні.

**Інгаляції** – це введення лікарських препаратів у вигляді аерозолей (високо – та низькодисперсні) в дихальні шляхи. Інгаляції застосовують при гострих і хронічних захворюваннях слизової оболонки носа, глотки, гортані, трахеї та бронхів, які супроводжуються утворенням великої кількості густого мокротиння, яке важко відкашлювати.

**Уведення крапель в очі.**

**Закладання мазі за повіки.**

**Уведення крапель у вуха та ніс.**

### **Ентеральне введення лікарських препаратів.**

(через рот, під язик, в пряму кишку)

Цей метод найбільш поширений, простий і зручний. Недоліками є: неповне всмоктування ліків у травному каналі, часткове руйнування їх травними ферментами та інактивація в печінці, що не дає змоги точно визначити концентрацію ліків в крові.

Ліки для внутрішнього вживання відпускають як у твердому (порошки, таблетки, облатки), так і в рідкому (краплі, мікстури, настої) вигляді.

Деякі лікувальні препарати всмоктуються слизовою оболонкою порожнини рота. Багате кровопостачання слизової оболонки рота забезпечує швидке (через 1-2 хв.) і повне всмоктування ліків у кров, обминаючи печінку й уникаючи руйнівної дії травних ферментів. Найчастіше сублінгвально застосовують серцеві препарати.

Окремі лікувальні препарати вводять через пряму кишку. Всмоктуючись у кров через гемороїдальні вени (обминаючи печінку), вони діють на весь організм. Проте лікувальні препарати білкової, жирової і полісахаридної природи через відсутність ферментів у прямій кишці не можуть пройти через її стінку і діють тільки місцево.

У пряму кишку вводять свічки та лікувальні клізми.

### **Література:**

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 11. Парентеральне введення лікарських засобів. Ускладнення та їх профілактика.**

**Парентеральне введення** – це введення лікарських засобів в організм шляхом «обходу» травного тракту. Як правило, застосовується у випадках, коли необхідно надати допомогу негайно, можна навіть сказати що екстрено. Найбільш частіше під терміном парентеральне введення мається на увазі введення ін'єкцій різними способами:

**Внутрішньовенне** – забезпечує найшвидше досягнення очікуваного ефекту (2-5 хвилини). Від кількості ліки, яке необхідно ввести, залежить, чим буде проводитися введення. До 100 мл застосовують шприц, більше 100 мл – крапельницю.

**Підшкірне і внутрішньом'язове введення** застосовується при кількості необхідного лікарського засобу до 10 мл. Ефект досягається через 10-30 хвилин.

**Внутрішньоартеріальне введення** застосовується в тих випадках, коли необхідно дію препарату тільки на певний орган, не зачіпаючи решту організму. При даному способі лікарські засоби розпадаються в організмі з дуже великою швидкістю.

Також до парентерального введення відноситься і нанесення на шкіру лікарських препаратів у вигляді кремів і мазей, і заковування краплею в ніс, і електрофорез, і інгаляції.

### **Переваги парентерального введення:**

Основними перевагами при парентеральному введенні ліків є точність дозування і швидкість дії препаратів. Адже вони надходять безпосередньо в кров і що важливо – у незмінному вигляді на відміну від ентерального (через рот) введення.

При використанні парентерального введення є можливість проведення лікування у людей, які перебувають без свідомості або дуже ослаблені. До речі, для даного типу пацієнтів або ж для тих, у кого стався збій в роботі обміну речовин, застосовується парентеральне харчування. Воно також засновано на введенні необхідних для підтримки життя поживних компонентів (білки, глюкоза і т.д.). Для багатьох парентеральне харчування – це так звана дієта при порушенні обміну речовин.

### **Недоліки**

Обов'язкова присутність медичного працівника. Хоча багато людей вміють робити уколи самостійно, не вдаючись до допомоги інших.

Можливість проникнення хвороботворних бактерій в організм під час проколу шкіри. Тому всі інструменти і розчини повинні бути стерильні, а місце уколу ретельно опрацьовано спиртом або на крайній випадок спиртосодержащими рідинами (напоями або духами).

Поява на місці уколу синців і гематом. З цим наслідком можна впоратися шляхом накладення компресів зі спирту, навпіл розведеного з водою, або ж відбитого капустиного листа.

Можливість виникнення емболії – потрапляння бульбашок повітря в судинне русло, яке може привести до летального результату. Але при правильній техніці проведення ін'єкцій розвиток такого наслідки виключено.

У багатьох людей з дитинства спостерігається патологічна боязнь уколів, яка може не пройти навіть у дорослому житті.

Але незважаючи на свої численні недоліки, на даний момент парентеральне введення є самим надійним і ефективним методом потрапляння препаратів в організм людини. Тому якщо перед вами поставили вибір – пити таблетки або колоти уколи, то можна сміливо вибирати друге, бо ж його результативність значно вище. І зовсім не варто боятися уколів або крапельниць, адже часом тільки їх застосування може врятувати людині життя.

### **Ускладнення та їх профілактика.**

1. Непритомність (раптове короточасне потьмарення свідомості, яке зумовлене гострою ішемією головного мозку).

Профілактика: щоб запобігти цьому ускладненню, слід запам'ятати правило: не можна виконувати ін'єкцію коли пацієнт стоїть. Пацієнту слід запропонувати сісти на стілець або лягти у ліжко.

Тактика при виникненні непритомності: пацієнта покласти з трохи опущеною головою і піднятими ногами (щоб посилити прилив крові до головного мозку), звільнити від тісного одягу, побризкати обличчя холодною водою, дати понюхати розчин аміаку (нашатирного спирту) на шматочку вати. У більш тяжких випадках ввести кордіамін, кофеїн.

2. Алергічна реакція (підвищена чутливість організму на введення того чи іншого лікарського препарату). Це може бути реакція негайного типу (наприклад, анафілактичний шок, набряк Квінке) або реакція сповільненого типу (наприклад, дерматит, екзема).

Профілактика: перед призначенням препарату ретельно зібрати алергологічний анамнез; перед першою ін'єкцією – виконати пробу на індивідуальну чутливість організму до препарату; першу ін'єкцію зробити з кількості 1/3 призначеної дози в кінцівку і спостерігати за пацієнтом протягом 20 хвилин.

3. Зараження пацієнта гострим вірусним гепатитом, СНІДом, сифілісом, малярією та іншими інфекційними захворюваннями. Профілактика: чітке знання наказів МОЗ України по профілактиці цих захворювань та суворе дотримання їх у своїй роботі. Запам'ятайте! За грубі помилки медичний працівник може бути притягнутий до кримінальної відповідальності.

4. Інфільтрат (ущільнення в місці ін'єкції).

Профілактика: суворе дотримання правил асептики та антисептики на етапах підготовки та в процесі виконання ін'єкції; обов'язкове проведення пальпації місця ін'єкції (ін'єкцію не можна виконувати в місцях набряків або ущільнень, які залишилися від попередніх ін'єкцій); підігрівання олійних розчинів; одномоментне введення допустимого об'єму лікарської речовини (наприклад, при підшкірній ін'єкції дозволяється одномоментно вводити не більше, ніж 5 мл водного розчину, а при внутрішньом'язовому введенні – не більше, ніж 10 мл водного розчину).

Тактика при виникненні інфільтрату: накладити напівспиртовий зігрівальний компрес, нанести йодну сітку на шкіру, використати грілку, застосувати фізіотерапевтичні методи лікування (УФ-випромінювання, поле УВЧ).

5. Абсцес, флегмона (запальні та гнійні процеси на місці ін'єкції).

Профілактика: лікування інфільтратів, які повільно розсмоктуються та у гіршому випадку можуть ускладнитися розвитком абсцесу, флегмони.

Тактика при виникненні: обов'язково доповісти лікарю-хірургу, який застосує хірургічне розкривання гнійника з подальшим дрениванням.

6. Ліподистрофія (жирова дистрофія підшкірної основи).

Профілактика: постійно чередувати місця введення препаратів інсуліну, вводити інсулін кімнатної температури.

Тактика при виникненні: за призначенням лікаря можна провести курс лікування ліподистрофії (40 днів, а іноді і більше) інсуліном, який потрібно вводити в 22 ділянку атрофованої жирової клітковини підшкірно по 4-8 ОД. ефект настає повільно, однак вже через декілька ін'єкцій зменшується дефект тканини.

7. Підшкірні крововиливи внаслідок поранення стінки судин тупою деформованою голкою.

Профілактика: перед проведенням стерилізації перевірити кінець кожної голки багаторазового використання. Забороняється користуватися голками деформованими, з тупим кінцем.

Тактика при виникненні кровотечі: до місця ін'єкції щільно притиснути тампон, змочений спиртом. Якщо це не допомагає, треба змастити кровоточиве місце 5% розчином перманганату калію та накласти пов'язку.

8. Медикаментозна емболія, яка виникає в результаті потрапляння в судини олійних розчинів (напр., камфорової олії) або суспензій (напр., біциліну).

Профілактика: після проколювання підшкірної основи та становлення голки на потрібну глибину слід потягнути на себе поршень шприца та впевнитися, що голка не потрапила в судину (у шприц не повинна надходити кров).

Запам'ятайте! Помилкове внутрішньовенне введення олійних розчинів – це смертельна небезпека для пацієнта.

9. Ушкодження нервових стовбурів, яке може призвести до розвитку парезів і паралічів.

Профілактика: правильний вибір місця ін'єкції (особливо при виконанні внутрішньом'язових ін'єкцій).

Тактика: негайно доповісти лікарю, який дасть вказівку по наданню невідкладної допомоги пацієнту і який призначить курс лікування пацієнта.

10. Введення ліків в окістя.

Профілактика: чітко розрахувати, на яку глибину потрібно ввести голку.

Тактика: якщо голка зайшла дуже глибоко в тканини, негайно її відтягнути на 1/3 довжини вгору; застосувати тепло у вигляді грілки після введення лікарського препарату.

11. Поломка голки у місці її переходу в канюлю.

Профілактика: не застосовувати для ін'єкцій голки з дефектом; не виконувати маніпуляцію грубо; не вводити голку в тканини глибше, ніж на 2/3 її довжини.

Тактика: уламок голки швидко видалити із тканини пальцями руки. Якщо сталося так, що рукою уламок не вдається витягнути, то необхідно з двох сторін затиснути рукою місце знаходження голки, щоб вона не просувалася глибше і негайно викликати лікаря, бажано хірурга. При цьому ускладненні потрібне оперативне втручання.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

## **Тема 12. Участь медичної сестри в лабораторних методах дослідження.**

Лабораторні та інструментальні методи дослідження мають велике діагностичне значення. Навчання пацієнтів правилам підготовки до досліджень входить в обов'язки медичних сестер. Від підготовки пацієнта залежить не тільки успішне проведення дослідження і точність результату, але і результат лікування. Сестринський персонал повинен добре знати правила підготовки до лабораторних та інструментальних досліджень, уміти поінформувати пацієнта і простежити за точністю виконання.

Збираючи матеріал для лабораторних досліджень, необхідно дотримуватись таких вимог до досліджуваного матеріалу:

- 1) для забезпечення дослідження збирають достатню кількість матеріалу
- 2) матеріал повинен відповідати інфекційному процесу (наприклад, харкотиння, а не слина; гній з вогнища ураження, а не з фістули; виділення з глибини рани, а не з її поверхні);
- 3) при зборі матеріалу використовують стерильні інструменти та посуд і суворо дотримуються правил асептики;
- 4) зібраний матеріал доставляють у лабораторію і досліджують у максимально короткі терміни;
- 5) матеріал для дослідження беруть до початку лікування хворого протимікробними препаратами.

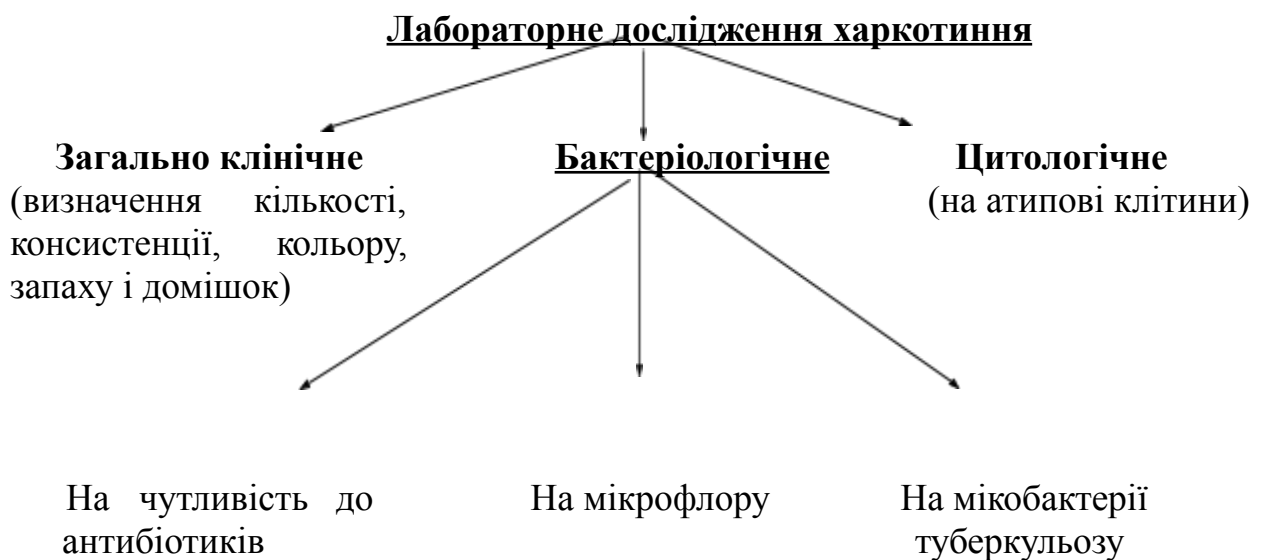
Матеріал для дослідження визначається клінічними особливостями захворювання. При симптомах захворювання певного органу матеріал необхідно брати з даного патологічного вогнища. При відсутності вогнищевих

симптомів захворювання спочатку беруть кров, а пізніше забирають матеріал з різних доступних ділянок з урахуванням клініки захворювання.

1. *Взяття мазка із зіву і порожнини носа* користуються спеціальними стерильними ватними тампонами, які закріплені на конусі дерев'яної палички або дротяної петлі і вставлені в стерильну пробірку. Такі тампони виготовляють в бактеріологічній лабораторії, і вони мають бути у відділеннях і кабінетах поліклініки в достатній кількості.

Беруть мазки при запальних процесах верхніх дихальних шляхів, при обстеженні на бактеріоносійство, при підозрі на дифтерію.

2. *Взяття харкотиння на загальний аналіз та мікобактерії туберкульозу.* Харкотиння – патологічні виділення органів дихання, що виділяються під час кашлю. До складу харкотиння входить слиз, серозна рідина, клітини крові і дихальних шляхів, найпростіші. Досліджують харкотиння при підозрі на туберкульоз легень, рак легень тощо.



3. *Взяття сечі (на загальний аналіз, за Нечипоренком, за Зимницьким, на цукор, ацетон, діастазу).* У нормі добова кількість сечі здорової людини в межах 1500 мл. Вона прозора, має жовтий або світло-жовтий колір, дає кислу реакцію на лакмус, питома вага коливається в широких діапазонах (1003-1030). У сечі не повинно бути білка, пігментів, цукру, кетонів тіл. Осад нормальної сечі незначний з поодинокими клітинами епітелію сечових шляхів, поодинокими лейкоцитами і малою кількістю солей.

Загальними правилами, яких треба дотримуватися при зборі сечі, є: проведення туалету зовнішніх статевих органів (з метою попередження потрапляння в сечу сторонніх домішок з піхви, сечівника); збирати сечу слід чітко дотримуючись вказівок щодо конкретного дослідження, в як найкоротші терміни доставляти матеріал в лабораторію.

4. *Взяття калу для лабораторних досліджень.* Лабораторні дослідження калу дозволяють визначити функціональний стан органів травлення і є об'єктивним тестом для уточнення захворювань травного каналу.

<b>Кал</b>				
<i>Види досліджень</i>	На наявність гельмінтів	Копрологічне дослідження	На приховану кров	Бактеріологічне дослідження
<i>Діагностичне значення</i>	Визначається наявність яєць гельмінтів	Визначається колір, щільність, форма, запах, домішки (слиз, гній, крові, кишкові паразити, випадкові сторонні тіла), м'язові волокна, рослинну клітковину, нейтральний жир, жирні кислоти, мила, лейкоцити, еритроцити, кишковий епітелій	Визначається наявність вираженої чи прихованої кровотечі	Визначають мікрофлору кишечника, наявність збудників кишкових інфекцій
<i>Кількість матеріалу</i>	30 – 50 г	5 – 10 г	5 – 10 г	Роблять мазок
<i>Посуд</i>	Чистий з широким горлом з кришкою	Чистий з широким горлом з кришкою	Чистий з широким горлом з кришкою	Стерильна пробірка з тампоном

#### ***Дослідження шлункового соку***

Проводять, щоб визначити секреторну (кислоутворчу) і моторну функції шлунка. **Показання:** захворювання слизової оболонки шлунка. **Протипоказання:** шлунково-кишкова кровотеча; стенокардія; гіпертонічна хвороба III стадії; розширення вен стравоходу; загострення гастриту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

Нормальні показники шлункового соку: натще у шлунку міститься до 50мл секрету; загальна кислотність 10 ОД. вільна хлоридна кислота у багатьох осіб відсутня; після вваедення ентерального подразника загальна кислотність може бути від 40до 60 ОД, вільна кислотність – від 20 до 40 ОД; після введення

парентерального подразників у здорових людей вищю, ніж при використанні ентеральних.

Шлунковий сік – прозора рідина без запаху і домішок. Дослідження шлункового соку фракційним методом проводять за допомогою тонкого зонда (застосовують ентеральний чи парентеральний подразник). Ентеральним подразником може бути 4% капустиний відвар або м'ясний бульйон, 5% розчин етилового спирту. Для парентерального введення використовують 0,1% розчин гістаміну з розрахунку 0,08мг на 10кг маси тіла, або 0,025% розчину пентагастрину (максимальна кількість гістаміну повинна не перевищувати 0,5мл 0,1% розчину), інсулін(2ОД на 10кг маси тіла хворого). Після введення цього подразника у хворих може виникнути запаморочення, тахікардія, відчуття жару, почервоніння шкіри (за 30хв вводять протигістамінний препарат – 1мл 1% розчину димедролу). На пентагастрин немає реакції.

I порція *натще* (1,2,3 пробірки);

II порція – *базальна секреція* (ввести димедрол: 4,5 пробірки шлунковий сік, що виділяється внаслідок подразнення базальних клітин зондом);

III порція – *максимальна секреція* (виділяється внаслідок подразнення гістаміном (6,7,8,9пробірки).

Ентеральний подразник (після 5 пробірки вводять подразник (200мл 38°C) ) – висмоктують у 6,7 пробірку – *залишок*; 8,9,10,11 пробірки максимальна секреція.

#### ***Дуоденальне зондування***

Застосовують при захворюваннях печінки. Жовчного міхура і жовчних протоків. Зондування проводять з *діагностичною*(отримання жовчі для виявлення елементів запалення, піску, паразитів) та *лікувальною* (ліквідація застою жовчі) *метою*.

*Протипоказання:* гострий холецистит, загострення виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, звуження стравоходу, варикозне розширення вен стравоходу.

За 2-3 дні з раціону хворого виключають продукти, що спричиняють газоутворення в кишках. Увечері дають 10крапель 0,1% розчину атропіну. Для кращого відходження жовчі можна дати ложку меду і покласти теплу грілку під праве підребір'я.

Одержують 3 порції. **Порція А** – вміст дванадцятипалої кишки (прозора рідина світло-жовтого кольору). Щоб відкрився сфінктер міхурової протоки через зонд вводять подразник: 50мл 33% магнію сульфату t° 38°C або 40мл 40% глюкози). Йде **порція В** – вміст жовчного міхура (жовч темно-оливкового кольору). Через 20-30хв з'являється печінкова жовч **порція С** світло-лимонного кольору). Виділення жовчі при дуоденальному зондуванні, засвідчує прохідність жовчних шляхів. При закупорюванні виділяється тільки кишковий сік без жовчі.

#### **ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ**

Обов'язково гігієнічний туалет перед взяттям сечі. Збирається вся сеча ранішня. Визначається фізичні та хімічні властивості сечі.

Фізичні: кількість, колір, прозорість, питома вага(1003-1030), рН сечі, запах ацетону.

У тяжкохворого пацієнта сеча збирається спочатку у стерильне судно і переливається у контейнер.

Хімічні – ацетон, лейкоцити, еритроцити n-2 1-3 в полі зору (n-e) у жінок не повинно бути, а у чоловіків до 1-2

**АНАЛІЗ СЕЧІ ПО ЗИМНИЦЬКОМУ** Сеча збирається протягом доби, кожні три години, включаючи нічний час, в окремі ємності(всього – вісім порцій сечі), на які наклеюються етикетки з вказівкою номера і інтервалу часу, коли була отримана ця порція. Перед початком збору сечі в 6: 00 ранку необхідно випорожнити сечовий міхур(цю сечу виливають). Збір сечі починають після 6: 00 ранку і проводять кожні три години, остання порція – в 6:00 наступного дня:

I порція – з 6: 00 до 9: 00;

II порція – з 9: 00 до 12: 00;

III порція – з 12: 00 до 15: 00;

IV порція – з 15: 00 до 18: 00;

V порція – з 18: 00 до 21: 00;

VI порція – з 21: 00 до 24: 00;

VII порція – з 24: 00 до 3: 00;

VIII порція – з 3: 00 до 6: 00.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО НЕЧИПОРЕНКО**

1. Обов'язковий гігієнічний туалет
2. Сечі достатньо 3-5 мл
3. Збирається для уточнення лейкоцитурії.

Якщо 8-10 лейкоцитів, то ми повинні перевірити.

Виявляємо формені елементи.

Беремо середню порцію сечі.

Пацієнт мочиться в судно, а потім підставляємо ємність і наливаємо в пробірку.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АДІС-КАКОВСЬКОМУ**

Гігієнічний туалет

Збирається за 10 нічних годин.

В 22:00 пацієнт мочиться в унітаз → туалет гігієнічний запропонувати пацієнту утримуватись від сечовипорожнення до 8:00.

У 8:00 збирають сечу всю.

Якщо пацієнт не може утримувати сечу, даємо додаткову ємність, в яку капаємо 4-5 крапель формальдегіду, для того щоб кристали не кристалізувались (щоб запобігти розпаду формених елементів)

### **АНАЛІЗ СЕЧІ ПО АМБУРЖЕ**

1. Гігієнічний туалет
  2. Сеча збирається за 3 години
  3. О 6:00 пацієнт опорожнює сечовий міхур (ця сеча не враховується); о 9:00 збирає сечу
  4. Знаходимо лейкоцитурію за 1хв
- Циліндри 1-2тисячі

Обов'язкове підмивання.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ НА ФЕНІЛКЕТОНУРІЮ**

Робиться в пологовому будинку.

Капається розчин ферум-хлор (FCI3) на змоченою сечею пелюшку.

При позитивній реакції з'являється синьо-зелена пляма, яка говорить про патологію дитини.

### **СЕЧА НА АМІЛАЗУ (ДІАСТАЗУ)**

Для визначення роботи підшлункової залози. З судна переливається в чистий контейнер 50мл ще теплої сечі і відносять в лабораторію.

### **АНАЛІЗ СЕЧІ НА ГЛЮКОЗУ**

Можна визначити з добового аналізу сечі. Збовтати сечу, відлити 200-250 мл сечі, але в направлені написати : «сеча з добового діурезу» (кількість сечі за добу 2-3літри).

### **ФРАКЦІЙНИЙ СПОСІБ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ НА ГЛЮКОЗУ**

В 6:00 пацієнт опорожнює сечовий міхур, а далі ми збираємо сечу в першу ємкість з 6:00 до 14:00

Друга порція сечі з 14:00 до 22:00

Третя порція сечі з 22:00 до 6:00 ранку наступного дня.

### **КАЛ**

Яйця гельмінтів(глистів).

Збирається з 3-5 точок по вертикалі і горизонталі дерев'яним шпателем 3-5грам.

Якщо пацієнт приймає протигельмінтні препарати, збирається весь кал.

### **КАПРОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Збирається для визначення функціональної, перетравлювальної здатності кишківника. Знаходяться волокна, жири, кишкова паличка.

### **АНАЛІЗ КАЛУ НА РЕАКЦІЮ ГРЕГЕРСЕНА(прихована кров)**

Пацієнта готуємо протягом 3х днів – не вживає м'яса, рибу, яйця, буряк, гречану кашу, томати, яблука, гранати, сік.

При позитивній реакції отримується синє забарвлення реактиву.

### **АНАЛІЗ КАЛУ НА ДЕЗГРУПУ**

В бак-лабораторії береться стерильна пробірка з металевою петлею. Вводиться в пряму кишку на глибину 8-10 см.

Повертальними рухами виймається назад.

### **СОСКОБ НА ЕНТЕРОБІОЗ**

Ватний тампон змочуємо у фізрозчині і після сну обтираємо складки ануса. Цей тампон кладемо в стерильну ємкість.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

### **Тема 13. Участь медичної сестри в інструментальних методах дослідження.**

Термінологічний словник:

**Асцит** — накопичення рідини в черевній порожнині.

**Абдомінальна пункція** — проколювання черевної стінки з лікувальною метою.

**Поперекова пункція** — синно-мозкова пункція у поперековому відділі з діагностичною та лікувальною метою.

**Плевральна пункція** — проколювання грудної клітки і плеври з діагностичною та лікувальною метою.

**Бронхоскопія** — ендоскопічні дослідження бронхів.

**Колонскопія** — ендоскопічне дослідження прямої кишки.

**Рентгенографія** — метод рентгенологічного дослідження, який полягає в отриманні на спеціальній плівці знімка з тіньовим зображенням досліджуваного органа або частини тіла рентгенівського випромінювання.

**Ректороманоскопія** — ендоскопічне дослідження прямої та сигмоподібної кишок.

**Стернальна пункція** - проколювання груднини з діагностичною метою.

**Урографія** — рентгенологічне дослідження нирок і сечових шляхів.

**Холеграфія** — рентгенологічне дослідження внутрішньопечінкових проток.

**Холецистографія** — рентгенологічне дослідження жовчних проток і жовчного міхура.

**Цистоскопія** — ендоскопічне дослідження сечового міхура.

**Ендоскопія** — метод візуального дослідження порожнин організму за допомогою оптичних приладів, оснащених освітлювальними пристроями.



**Рентгенологічне дослідження шлунка** дає змогу визначити його форму, величину, рухомість, виявити виразки, пухлини.

За 2 дні вилучають продукти, що спричиняють метеоризм. Вечере о 18 год. , о 20год. роблять очисну клізму. Ранком за 2-3год. до дослідження роблять очисну клізму. У рентгенкабінеті хворий випиває 250г барієвої суміші (лікар-рентгенолог спостерігає за проходженням суміші).

**Іригоскопія** – рентгенологічне дослідження товстої кишки. За 2-3 дні вилучають продукти, що спричиняють газоутворення. При метеоризмі на ніч на 2год. ставлять газовивідну трубку. Напередодні о 15год. хворому дають 30-50г рицинової олії (проносне), а ввечері роблять 2-і очисні клізми (о18 та 20год.). У день обстеження – знову 2-і очисні клізми. Після останньої хворому дають легкий сніданок, а через 45хв у рентгенкабінеті в пряму кишку за допомогою клізми вводять барієву суміш і проводять дослідження.

**Холецистографія** – рентгенологічне дослідження жовчного міхура – дає змогу вивчити форму, положення, функцію органа і наявність в ньому каменів.

Протягом 2 днів перед холецистографією хворі приймають їжу, що не містять грубої клітковини. Напередодні дослідження хворий приймає їжу о 16-17год. О 19год. роблять очисну клізму. Контрастні речовини призначають за спеціальною схемою: протягом 1год. (з 19-20год.) хворий випиває йодовмісні препарати (білітраст 1г через кожні 20хв; холевід – по 1таб. через кожні 10хв). вранці за 2год. до дослідження йому роблять очисну клізму. Через 12-14год. після прийняття йодовмісних препаратів (це 9-10год. ранку) хворий йде в рентгенкабінет і несе 2 сирих яйця. Роблять 1-й знімок (форма жовчного міхура). Потім хворий випиває 2 яєчних жовтка і через 40хв йому роблять II-й знімок (скоротлива функція жовчного міхура).

Якщо холецистографія із застосуванням таблетованих препаратів не дає результатів або є протипоказання, використовують *білігност* або *біліграфін* (в/в). при цьому контрастується не тільки жовчний міхур, а й жовчні шляхи (*холеграфія*). Підготовку кишок проводять за описаною вище схемою.

Напередодні перевіряють чутливість хворого до контрастної речовини – вводять в/в 1-2мл 20% розчину білігносту. При підвищеній температурі тіла, появі свербіння, висипань дослідження не проводять. Якщо все в нормі хворому в рентгенкабінеті в/в повільно вводять 30-40мл 20% розчину білігносту (t° розчину 37°). Через 10-15хв після введення білігносту видно жовчні протоки, а через 40-45хв – жовчний міхур.

### **Рентгенологічне дослідження нирок і сечовивідних шляхів.**

За 2-3 дні вилучають газоутворюючі продукти, не призначають сольових проносних і медикаменти, які містять йод. О 22год. роблять очисну клізму. Якщо виявляють велику кількість газів в рентгенкабінеті, то ще раз роблять очисну клізму, а через 45хв роблять знімок.

***Екскреторна урографія*** – це рентгенографічне обстеження сечовивідних шляхів за допомогою йодовмісних препаратів (60% і 76% розчин *верографіну*) за 1 день роблять пробу на чутливість до верографіну (вводять в/в 1-2мл). У рентгенкабінеті хворому в/в вводять від 20-60мл верографіну. Роблять знімки.

***Ретроградна урографія*** – верографін вводять у сечовивідні шляхи через катетер. Підготовку кишок не проводять.

**Ендоскопічні методи** обстеження дозволяють за допомогою спеціальних оптичних приладів ( ендоскопів) оглянути слизову оболонку шлунково-кишкового тракту (стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки – *езофагогастродуоденоскопія*), прямої і сигмоподібної кишок (*ректороманоскопія*), товстої кишки (*колоноскопія*), органів черевної порожнини (*лапароскопія*).

Ендоскопічні методи дозволяють за необхідності:

- Провести біопсію (взяти кусочок тканини) з наступним гістологічним дослідженням;
- Здійснити лікувальні маніпуляції (видалення сторонніх тіл, поліпів, перев'язування кровоточивих судин).

Всі ендоскопічні дослідження можуть супроводжуватись ускладненнями: алергічною реакцією на анестетики, кровотечею, непритомністю (м/с постійно контролює стан хворого).

**Бронхоскопія** – це метод візуального дослідження просвіту і слизової оболонки трахеї і бронхів за допомогою прилада – бронхоскопа. Діагностичну бронхоскопію проводять з метою встановлення або уточнення діагнозу при захворюваннях органів дихання (пухлини, кровотеча, травма) та з метою біопсії. Лікувальну бронхоскопію проводять з метою санації бронхів. **Протипоказання:** при серцевій та легеневій недостатності, гіпертонічній хворобі III стадії, ушкодження шийного відділу хребта, ГРВІ.

Пацієнт сидить у кріслі навпроти лікаря, нахиливши тулуб вперед і прикривши грудну клітку серветкою, руки опускає між ногами, при цьому розслаблює м'язи шиї та плечового поясу, що сприяє введенню бронхоскопу.

Бронхоскопію проводять під наркозом натще. Зубні протези виймають (2% розчин промедолу 1мл, 2мл 1% димедролу і 1мл 0,1% розчину сульфату).

**Гастродуоденоскопія** – це ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки за допомогою гастроскопів. Виявляє джерело гострих кровотеч, уточнювати діагноз виразкової хвороби чи новоутворень, біопсія.

Протипоказання: серцево-легенева недостатність, гіпертонічна хвороба III стадії, гемофілія, ГРВІ. Положення пацієнта: просять лягти на лівий бік з витягнутою ногою, а праву ногу зігнути в колінному суглобі, під голову пацієнта підкладають валик і підстеляють рушник.

Обов'язки м/с під час дослідження:

- Стежити за загальним станом пацієнта: оцінює колір шкіри, частоту пульсу, правильність положення пацієнта на столі;
- Фіксує голову пацієнта в такому положенні, щоб глотка та стравохід утворювали пряму лінію;
- Стежить за положенням ротоблокатора;
- Допомагає лікареві вводити ендоскоп і проводити його в стравохід, шлунок, дванадцятипалу кишку;
- Пальпує живіт для виведення в поле зору і в зручну позицію відповідних відділів шлунка;
- Переміщує за вказівкою лікаря ендоскоп вгору-вниз,;
- Фіксує ендоскоп у потрібній позиції;
- Видаляє ендоскоп.

Натще, зубні протези знімають (премедикація, слизову оболонку глотки зрошують 2% розчином дикаїну; протягом 1-2год. не приймає їжу, якщо біопсія – 24год не приймає гарячої їжі.

**Ректороманоскопія** – дослідження прямої кишки і дистального відділу сигмовидної ободової кишки: виявлення запальних процесів, виразок, гемороїдальних вузлів, злоякісних новоутворень, біопсія. Ввечері та за 2год до дослідження хворому ставлять очисну клізму; хворий звільняє сечовий міхур. Перед процедурою проводять пальцьове дослідження.

**Колоноскопія** – дослідження всіх відділів товстої кишки. **Показання:** кишкові кровотечі, пухлини, поліпи, хронічні виразки, запальні процеси. **Протипоказання:** легенева та серцева недостатність, гіпертонічна хвороба III стадії, гемофілія, гострі захворювання органів черевної порожнини, гострі інфекційні захворювання.

За 3-4 дні хворому призначають безшлакову дієту. В обід дають рицинову олію 30-50г. Увечері та зранку ставлять очисні клізми. На ніч дають седативні засоби. Премедикація.

**Цистоскопія** – це огляд порожнини сечового міхура за допомогою цистоскопа.

**Лапароскопія** – огляд органів черевної порожнини та малого таза (ввечері та вранці – очисну клізму).

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.
2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

#### **Тема 14. Спостереження та догляд за пацієнтом з порушенням функції сечовивідної системи.**

Найчастіші проблеми у хворих із захворюванням нирок — біль, набряки, порушення сечоутворення та сечовиділення, головний біль, лихоманка, спрага. Біль може мати різну локалізацію, інтенсивність, тривалість, характер.

**Постійний тупий біль в поперековій ділянці** спостерігається при захворюваннях нирок і зумовлений перерозтягненням ниркової капсули.

*Сестринські втручання:*

1. Повідомити лікаря;
2. Забезпечити дотримання ліжкового режиму в гострій період хвороби;
3. Забезпечити дотримання хворим дієти № 7;
4. До ніг та попереку покласти теплу грілку;
5. Підтримувати температуру повітря в кімнаті на рівні 22 - 25°C;
6. Забезпечити своєчасне приймання лікарських засобів пацієнтом.

Ниркова колька - раптовий нападоподібний біль у ділянці попереку з іррадіацією вниз по ходу сечоводу, в пах, в зовнішні статеві органи, в стегно. Такий біль зумовлений проходженням каменя по сечоводу, закупоркою сечоводу згустком крові. Напад може супроводжуватись зміною температури тіла, АТ, пульсу, нудотою, блюванням.

*Сестринські втручання:*

1. негайно викликати лікаря;
2. Забезпечити психічний та фізичний спокій;
3. Покласти грілку на поперекову ділянку, або, по можливості, застосувати загальну ванну з гарячою водою, яка доходить до рівня лопаток;
4. Виконати призначення лікаря;
5. Контролювати пульс, АТ, температуру тіла, кількість та колір сечі. При ураженні сечоводів біль локалізується відповідно їх ходу.

**При захворюваннях сечового міхура** біль локалізується внизу живота, над лобком. Біль у сечівнику виникає при його запаленні, носить ріжучий характер і посилюється при сечовипусканні.

*Сестринські втручання при частому, болючому сечовипусканні:*

1. Пояснити пацієнту необхідність вживання великої кількості рідини (до 2,5 - 3л за добу), щоб промити сечові шляхи.
2. Порекомендувати пити мінеральну воду, компоти, соки, настої/відвари трав, які діють на сечовивідні шляхи антисептично та спазмолітично: листя мучниці, трави хвоща польового, листя берези і т.п.;
3. Порадити уникати переохолоджень, тепло одягатись;
4. Порадити дотримуватись всіх рекомендацій лікаря та вживати лікарські засоби відповідно до листка лікарських призначень. набряки ниркового походження виникають при порушенні функціональної здатності нирок. Найбільше вони виражені зранку і виникають у першу чергу на обличчі в області повік, до вечора зменшуються, м'які та теплі на дотик.

Вони можуть бути:

- видимими (явними) - найчастіше це пастозність (набряклість) обличчя, проте може бути й анасарка (тотальний набряк всього тіла людини); у деяких пацієнтів виникають порожнинні набряки; у таких випадках рідину знаходять у порожнинах: черевній (асцит), плевральній (гідроторакс), перикардіальній (гідроперикард);

- прихованими - їх виявляють за допомогою визначення водного балансу, зважування пацієнта; - періодичними; - постійними.

*Сестринські втручання при ниркових набряках:*

1. Забезпечити дотримання пацієнтом ліжкового режиму.
2. Забезпечити дотримання дієти № 7 з обмеженням рідини;
3. Слідкувати за вираженістю набряків;
4. Регулярно визначати добовий діурез, водний баланс, вагу пацієнта.

Отримані дані заносити в температурний лист.

**Головний біль у пацієнта з хворобами сечовидільної системи** виникає через підвищення АТ (гіпертензію). Вона зумовлена порушенням видільної функції нирок та регуляції ними АТ.

*Сестринські втручання:*

1. Порекомендувати виконувати всі призначення лікаря;
2. Забезпечити психічний та фізичний спокій;
3. Забезпечити дотримання пацієнтом дієти № 7 з обмеженням рідини;
4. Спостерігати за АТ, добовим діурезом та кількістю вжитої пацієнтом рідини, отримані дані заносити в температурний лист;
5. Здійснювати контроль за своєчасним і правильним прийомом ліків.

**Порушення сечоутворення і сечовиділення** проявляються такими симптомами, як ішурія, дизурія, поліурія, анурія, олігурія, ніктурія, полакіурія. Ішурія (затримка сечовиділення) – це неспроможність пацієнта самостійно помочитись. Таке явище може виникати у людей будь - якого віку з різних причин:

- після операції або пологів через відсутність звички до сечовипускання в горизонтальному положенні, присутністю сторонніх;
- при порушенні нервової регуляції функції сечового міхура внаслідок захворювань або ушкодження нервової системи;
- при закупорці сечівника каменем;
- при захворюваннях передміхурової залози у чоловіків (аденома, рак).

При гострій затримці сечовиділення медичній сестрі необхідно негайно вжити заходи для ліквідації ішурії:

1. Якщо дозволяє стан пацієнта, перевести його із горизонтального положення в звичне для сечовипускання, або хоча б в положення Фаулера;
2. Відгородити пацієнта ширмою і залишити його на деякий час самого, щоб він помочився;
3. Покласти грілку на ділянку сечового міхура або промежину, якщо немає протипоказань;
4. Викликати сечовипускання рефлексорно подразненням слуху пацієнта звуком води, що ллється. Для цього відкрити водопровідний кран. При відсутності такої можливості – полити воду з кухля у відро;
5. У чоловіків опустити статевий член у теплу воду (налити її у сечоприймач або іншу посудину);
6. У жінок полити теплу воду (+40 + 420С) на ділянку промежини із кухля (хвора лежить на судні), або ввести у пряму кишку 100 мл теплої води за допомогою гумової груші;
7. При відсутності ефекту від попередніх заходів за призначенням лікаря ввести препарати, які підвищують тонус м'яза, що виштовхує сечу, напр. прозерин.
8. Якщо всі перераховані заходи не допомагають, за призначенням лікаря провести катетеризацію сечового міхура.

### *Терміни*

***Діурез** - процес утворення та виділення сечі за певний проміжок часу.*

***Добовий діурез** утворення та виділення сечі протягом доби (в нормі 1 – 1,5 л).*

***Денний діурез** виділення сечі з 6-ї до 18-ї години (в нормі становить 2/3 – 3/4 від добового діурезу).*

***Нічний діурез** виділення сечі з 18-ї до 6-ї години (становить 1/3 – 1/4 від добового діурезу).*

***Анурія** припинення сечоутворення і сечовиділення; може виникати у разі гострої ниркової недостатності, у кінцевій стадії хронічної ниркової недостатності, у випадках закупорки сечових шляхів каменем чи пухлиною.*

**Олігурія** зменшення добового діурезу до 300 - 500 мл; виникає при швидкому збільшенні набряків, багаторазовому блюванні, проносі, профузному потовиділенні тощо.

**Поліурія** збільшення добового діурезу понад 1,8 - 2 л; спостерігається у випадку сходження набряків, початкових стадій хронічної ниркової недостатності або в період видужання при гострій нирковій недостатності.

**Ніктурія** виділення рівної кількості сечі вдень і вночі, а також перевага нічного діурезу; звичайно спостерігається при хронічній нирковій недостатності.

**Полакіурія** часте сечовипускання (понад 7 разів на добу); при цьому кількість сечі, яка виділяється при кожному акті сечовипускання залишається незмінною.

**Дизурія** розлади сечовипускання: утруднене, болісне сечовипускання, іноді з несправжніми позивами до сечовипускання (тенезми); спостерігається при запальних процесах сечівника і сечового міхура, при проходженні каменя, кристалів солей, згустків крові.

**Енурез** нічне нетримання сечі Ішурія затримка сечовиділення (неможливість випорожнення сечового міхура, незважаючи на переповнення його сечею).

**Странгурія** утруднене сечовипускання.

**Гематурія** наявність крові в сечі.

**Лейкоцитурія** збільшення кількості лейкоцитів в сечі

**Протеїнурія** наявність білка в сечі.

**Гіпостенурія** низька питома вага сечі (в нормі 1003 – 1030, коливання її протягом доби – більше 12 одиниць).

**Ізостенурія** майже незмінна питома вага сечі протягом доби (1007 – 1012).

### **Катетеризація сечового міхура**

Якщо дані анамнезу та вік хворого дають підставу для припущення, що причиною затримки сечовиділення є аденома передміхурової залози (простати), то невідкладну допомогу при затримці сечовипускання слід відразу розпочинати з уведення в сечовий міхур катетера (катетеризації). Катетеризацію сечового міхура використовують і в інших цілях.

#### **Мета катетеризації сечового міхура**

##### **Лікувальна:**

- промивання сечового міхура;
- уведення лікарських речовин;
- відновлення сечовипускання в разі його затримки понад 10 – 12 годин

##### **Діагностична:**

- взяття сечі на дослідження;
- введення контрастних речовин.

**Катетеризацію проводять із строгим дотриманням правил асептики!** Все, що стикається з сечовивідними шляхами пацієнта (руки медичної сестри, інструменти, перев'язувальний матеріал, катетер, розчини тощо), повинне бути стерильним.

**Показання та протипоказання до катетеризації** визначає лікар.

**Катетер** - медичний виріб у вигляді трубки, призначений для сполучення природних каналів, порожнин та судин із зовнішнім середовищем з метою їх спорожнення, введення в них рідин, промивання, або проведення через них хірургічних інструментів. Катетер для введення в сечовий міхур називають сечовим (уретральним).



**Катетери Нелатона** використовують для короткочасної катетеризації сечового міхура, введення в нього різних препаратів. Вони мають сферичний атравматичний кінчик, бокові отвори, універсальний конектор (роз'єм) для з'єднання з шприцом Жане чи будь-яким знімним сечоприймачем. Катетеризація сечового міхура м'яким гумовим катетером найбільш безпечний і поширений метод. Розмір катетера добирають відповідно до величини зовнішнього отвору сечівника. Найчастіше застосовують катетери № 16—22. Одноразові катетери для кожного розміру мають своє кольорове маркування конектора. При наявності в сечі гною, солей, слизу та інших домішок застосовують катетери великих розмірів.

Полівінілхлоридові катетери мають перевагу перед гумовими. При однаковому зовнішньому діаметрі просвіт перших буває більшим.

**Катетер Фолея** призначений для тривалої (до 7 діб) катетеризації сечового міхура (як у чоловіків, так і у жінок) та різних медичних маніпуляцій. На дистальному кінці катетера є балончик у вигляді манжетки. Завдяки його роздуванню при введенні фізіологічного розчину відбувається фіксація катетера в порожнині сечового міхура. Двоходовий катетер має один вхід для відтоку

сечі, а другий - з протизворотним клапаном, для наповнення балончика за допомогою шприца без голки. Триходовий катетер має додатковий порт для введення лікарських засобів та промивань.

**Катетер Тіманна** призначений для катетеризації сечового міхура у пацієнтів з патологією уретри. Має зігнутий робочий кінець конічної форми. Це полегшує його введення при наявності аденоми передміхурової залози. Конектор забезпечує якісне з'єднання катетера з будь-яким типом сечоприймача чи шприцом Жане.

Металеві катетери складаються з рукоятки, стержня і дугоподібно зігнутого дзьоба. Уретральний кінець його сліпий, заокруглений, з двома боковими отворами. **Металеві катетери вводять тільки лікар.**

### **Недотримання правил асептики спричиняє інфікування сечових шляхів**

Катетеризацію сечового міхура треба виконувати лише за призначенням лікаря, оскільки в деяких випадках гострої затримки сечовипускання така процедура протипоказана.

Пацієнтів з порушенням пам'яті необхідно убезпечити від травм уретри, які виникають через самостійне видалення катетера. У таких випадках балон наповнюють лише до 5 мл. Цього достатньо для фіксації катетера.

Постійний катетер потрібно змінювати кожні 5—7 днів.

При встановленому постійному катетері два рази на день для запобігання циститу, необхідно промивати сечовий міхур розчином фурациліну (1:5000).

При різкому переповненні сечового міхура (накопичення в ньому понад 1 л сечі) його спорожнюють поступово, щоб запобігти швидкій зміні тиску в його порожнині, що може призвести до різкого наповнення кров'ю розширених та склеротично змінених вен сечового міхура, їхнього розриву та кровотечі. Спорожнення сечового міхура в такому разі проводять окремими порціями (по 300-400 мл), в проміжках перетискаючи катетер на 2-3 хв.

Якщо дані анамнезу та вік хворого дають підставу для припущення, що причиною затримки сечовиділення є аденома простати, то для катетеризації краще використати катетер, зі звуженим і дзьобоподібним кінцем (катетер Тіманна).

Якщо при проведенні катетеризації відчувається перешкода, не намагайтеся її подолати силою, тому що такі дії можуть призвести до пошкодження слизової оболонки сечовивідного каналу.

Якщо тонкий катетер вводиться важко, то після спорожнення сечового міхура його краще не видаляти, тому що наступна катетеризація може не дати ефекту.

Література:

1. В.М. Лісовий , Л.П. Ольховська, В.А. Капустник Київ ВСВ Медицина 2013 „Основи медсестринства”.

2. Н.М. Касевич Київ ВСВ Медицина 2014 „Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка”.
3. Л.М. Ковальчук , О.В. Кононова Київ ВСВ Медицина 2017 „ Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка ”.

**Тема 15. Філософія, теорія, суть сестринської справи.  
Медична етика та деонтологія. Мистецтво спілкування.**

Філософія сестринської справи – це встановлення меж та можливостей пізнання, їх джерело, сутність, обоснованість та значимість в основі яких є **чотири поняття:**

**Людина, Навколишнє середовище, здоров'я, сестринська справа.**

**Людина** – цілісна, динамічна, саморегулююча біологічна система, сукупність фізіологічних, психосоціальних потреб, задоволення яких визначає ріст, розвиток, злиття навколишнього середовища.

**Пацієнт** – це особливість на яку направлена медична допомога і догляд спеціалістів. Підхід до пацієнта повинен бути цілісний (холістичний).

Холістичний – це підхід до хворого при якому враховуються сім'я, оточуюче середовище, а також елементи здоров'я фізичне, емоціональне, інтелектуальне, соціальне, духовне.

**Фізичне здоров'я** – це цілісність, спадковість.

*Емоційне здоров'я* – це настрій, адекватність.

*Соціальне здоров'я* – залежить від людини, культури, традицій, взаємовідносин між людьми, сексуальність.

*Інтелектуальне здоров'я* – пам'ять освіта, здібність, виразність.

*Духовне здоров'я* – це світоуявлення, самореалізація, відносини до релігії.

*Навколишнє середовище :*

Фізичне середовище – повітря, вода, світло, клімат;

Соціальне середовище - сусіди, друзі, колеги, родина;

Духовне середовище- культура, релігія, віросповідання.

Філософія сестринської справи є частиною загальної філософії згідно з етичного кодексу медсестри має 4 головні аспекти:

1. Сприяння зміцненню здоров'я;
2. Профілактика захворювань;
3. Відновлення здоров'я;
4. Полегшення страждань.

## **Мистецтво спілкування в медсестринстві**

*Спілкування* – це складний, багатоетапний процес встановлення та розвитку контактів між людьми, породжений необхідністю спільної діяльності.

Існує 3 рівні спілкування:

1. Внутрішньо-особисте
2. Міжособисте
3. Суспільне спілкування.

**Елементи спілкування:**

Відправник, повідомлення, канал спілкування, утримувач, підтвердження.

*Канали спілкування* – це усна мова, міміка

**Види інформації. Види питань.**

**Вербальне, невербальне**

*При спілкуванні існують зони спілкування:*

- Інтимна 0,15-0,46
- Особиста 0,46-1,2м
- Соціальна 1,2-3,6м
- Суспільна 3,6->

Література:

Пасечко Н. В., Лемке М. О., Мазур П.Є. Основи медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012.

## **Тема 16. Етапи медсестринського процесу.**

1. Збір інформації
2. Встановлення проблем пацієнта (інтерпретація отриманих даних, виявлення проблем пацієнта, встановлення медсестринського діагнозу)
3. Планування догляду (сестринське втручання)
4. Реалізація плану.
5. Оцінка результатів попередніх етапів.

Перший і другий етап задовольняються за листком сестринської оцінки, а третій і п'ятий етапи – планом сестринського догляду.

### **ПЕРШИЙ ЕТАП**

#### **Перший етап – збір інформації про пацієнта.**

Мета I етапу:

1. Визначити конкретні потреби пацієнта або його родини сестринському догляді.

2. Визначити можливості пацієнта або родини в наданні само догляду.

### **Джерело інформації:**

Джерело: труднощі – проблеми пацієнта, які необхідно усунути за допомогою сестринського втручання.

Фокус втручання – якийсь аспект, який потрібно змінити, об допомогти пацієнту.

Спосіб втручання - це дії, які виконує медсестра, щоб досягти поставленої мети:

### **Джерела інформації:**

1. Пацієнт (сам)
2. Родичі, друзі, сусіди.
3. Інші медичні спеціалісти які працюють з пацієнтом.
4. Попередні історії хворих та інші медичні записи.

### **МЕТОДИ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ**

1. Опитування
2. Спостереження
3. Обстеження фізичного і психічного стану
4. Консультації з іншими спеціалістами
5. Записи та звіти (оцінка стану пацієнта робиться суб'єктивним і об'єктивним методом)

### **СУБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЙОГО МЕТА**

1. встановлення контактів медсестра – пацієнт і в центрі цих відносин стоїть здоров'я пацієнта.

2. Вироблення адекватної оцінки пацієнта, тобто пацієнт повинен сам зрозуміти чого він хоче.

3. Визначення рівня сподівань пацієнта від лікування (одужання, покращення, погіршення)

4. Отримання інформації для складання адекватного плану догляду.

### **ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА**

Оцінюючи стан пацієнта, медсестра повинна включити всю інформацію і провести обстеження.

Обстеження у медсестри це візуальне дослідження пацієнта, тобто це виявлення температури тіла, пульсу, дихання, артеріального тиску. Обов'язково звертає увагу на стан ментального здоров'я (це вираз обличчя, зовнішній вигляд, настрій, мислення).

**Спостереження** – це збір інформації в одне ціле за допомогою органів відчуття (нюху, дотику, зору).

Додаткові методи обстеження: УЗД, лабораторні обстеження.

### **ДРУГИЙ ЕТАП СЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ-**

#### **Це виявлення проблем пацієнта**

Мета встановлення проблеми пацієнта – існуючі чи потенційні, тобто встановлені медсестрою діагностики.

Для проведення діагностики:

1. Зробити аналіз даних або виявити проблему наявну чи потенційну.
2. Провести синтез даних.

### 3. Висновки.

Проблеми відносяться до таких категорій:

1. Фізіологічні
2. Психологічні
3. Соціальні
4. Відсутність відповідних знань.

Проблеми бувають

1. Наявні (актуальні) – це ті дійсні проблеми, які існують на даний час і заважають життю людини (пріоритетні)
2. Потенційні – це ті проблеми, які можуть виникнути на фоні існуючих, якщо не звернути уваги і не задовольнити їх.

Актуальні проблеми поділяються:

1. Вторинні
2. Первинні(пріоритетні) – це ті, які треба негайно усунути.
3. Проміжні – не заважають здоров'ю.

Джерелом проблем пацієнта можуть бути:

1. Саме захворювання
2. Навколишнє середовище
3. Медикаментозна терапія
4. Медична установа, де знаходиться пацієнт.

## **ТРЕТІЙ ЕТАП**

Планування мед сестринських втручань

Планування догляду пацієнта – це документований план сестринського догляду.

На цьому етапі передбачається планування мети догляду разом з пацієнтом для кожної проблеми.

Мета догляду повинна передбачати тільки позитивний результат. Це – покращення, розширення можливостей самообслуговування, зміна відношення до здоров'я.

Мета – це те, що хочуть досягти пацієнт і медсестра в результаті реалізації плану догляду. Всі проблеми, які планує медсестра записуються почергово (вона повинна писати, які втручання повинна зробити медсестра).

Цілі бувають:

1. Довгострокові - > як два тижня.
2. Короткострокові – через 1-2 тижні.

Втручання повинні бути обґрунтовані, конкретні, реальні в межах часу.

Втручання можуть бути;

1. Повністю компенсована система (медсестра сама все робить за пацієнта)
2. Частково компенсована система (тобто частину робить хворий)
3. Навчально-консультативна система (найбільш прогресивна)

На кожному етапі медсестра повинна погоджувати свої дії разом з пацієнтом і проводити корекцію в своїй діяльності.

## **ЧЕТВЕРТИЙ ЕТАП**

### **Реалізація плану або сестринське втручання**

Реалізація плану – це виконання дій, спрямованих на досягнення специфічного результату, це дії які включають в себе те,о медсестра робить для пацієнта разом з пацієнтом та в інтересах його здоров'я.

Мета: ліквідувати, змінити або відвернути проблеми пацієнта для задоволення його потреб та сподівань.

Здійснюючи догляд, медсестра поєднує такі навички:

1. Інтелектуальні
2. Міжособистісні
3. Технічні

### **П'ЯТИЙ ЕТАП**

#### **Оцінка ефективності сестринських втручань**

Це певний результат (стан хворого, досягнутий в результаті сестринських втручань)

Ситуації проведення оцінювання:

1. Кінцеві результати були такими, як заплановані.
2. Досягнуто незначних результатів (покращення), але кінцевої мети не було досягнуто.
3. Не вдалося досягти запланованих результатів.
4. Виникли нові проблеми.

Література:

Пасечко Н. В., Лемке М. О., Мазур П.Є. Основи медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012.

## **Тема 17. Класифікація потреб людини. Проблеми пацієнта. Медсестринські моделі.**

Модель – це якась думка, ідея, або декілька ідей націлених на досягнення чогось, потреба усвідомлених психологічний чи фізіологічний дефіцит чогось, відображений в сприйнятті людини.

Потреби – це умови необхідні для росту і розвитку людини.

Потреби поділяються на *фізіологічні, соціальні, духовні*.

### **МОДЕЛЬ МАСЛОУ**

Маслоу, створюючи у 1940-х рр. свою теорію мотивацій, намагався пояснити, чому в різний час у людей виникають різні потреби. Він вважав, що потреби людини мають ієрархічну структуру з 5 рівнів.

У кожний конкретний момент часу людина буде прагнути до задоволення тієї потреби, що для неї є важливішою або сильною.

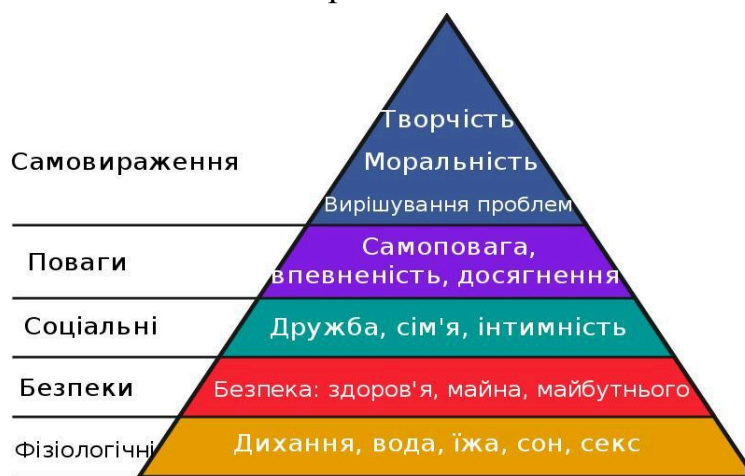
Фізіологічні потреби (потреби найнижчого рівня) є необхідними для виживання. Вони включають потребу в їжі, воді, захисті, відпочинку, сексуальні потреби.

Потреби в безпеці включають потреби в захисті від фізичних і психологічних небезпек з боку навколишнього світу і впевненість у тому, що фізіологічні потреби будуть задовольнятися в майбутньому (покупка страхового полісу або пошук надійної роботи з гарними видами на пенсію).

Соціальні потреби (потреби в приналежності, дружбі, любові) включають почуття приналежності до чого-небудь або кого-небудь, підтримки.

Потреби в повазі включають потреби в особистих досягненнях, компетентності, повазі з боку оточуючих, визнанні.

Потреби в самовираженні, самореалізації — потреби в реалізації своїх потенційних можливостей і зростанні як особистості.



### **Модель В. Хендерсон 14 потреб:**

Рух, дихання, харчування, фізіологічні відправлення, сон, відпочинок, здатність одягатись і роздягатись, температура тіла і можливість її регулювання, здатність підтримувати особисту гігієну.

### **ЕВОЛЮЦІЙНО-АДАПТАЦІЙНА МОДЕЛЬ**

Пацієнт розглядається як окрема особистість.

Проблеми пацієнта - це дійсні або потенційні зміни в його житті, які роблять негативний вплив на його здоров'я.

### **МОДЕЛЬ ДЖОНСОН**

Розглядає модель пацієнта, як поведінкову систему.

Мета моделі – забезпечити рівновагу поведінкової системи.

Втручання – дії, які захищають, стримують, розслабляють пацієнта в станах стресу.

Очікуваний результат – адекватна поведінка пацієнта у відповідь на стресові ситуації.

### **МОДЕЛЬ РОЙ**

### **Адаптаційна**

Людина знаходиться в постійній взаємодії з навколишнім середовищем і пристосовується за допомогою адаптації.

Проблема: пасивність в результаті захворювання, медсестра повинна навчити адаптуватися до навколишнього середовища.

Очікуваний результат: адаптація пацієнта до умов які змінюються.

### **МОДЕЛЬ ОРЕМ**

Модель дефіциту само догляду.

В цій моделі пацієнт розглядається як істота, яка може здійснити само догляд, джерелом проблеми є нездатність здійснювати само догляд, і необхідно створити умови медсестрою для само догляду.

### **МОДЕЛЬ АЛЛЕН(оздоровча)**

Людина розглядається не окремо, а яка входить до складу сім'ї. медсестра працює не лише з пацієнтом, а разом із сім'єю.

Очікуваний результат – досягнення пацієнтом отриманого рівня самообслуговування. Його проблеми розглядаються як проблеми всієї сім'ї.

Очікуваний результат – сім'я в цілому повинна стати активним співробітником в процесі покращення здоров'я пацієнта.

Література:

Пасечко Н. В., Лемке М. О., Мазур П.Є. Основи медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012.

### **Тема 18. Санологія.**

**Санологія** — наука про механізми процесів відновлення порушених функцій - видужання від хвороб, травм та інших патологічних станів.

Поняття санології невіддільне від поняття валеології.

**Валеологія** — наука про здоров'я, покликана вивчати механізми підтримки і зберігання стану здоров'я, засоби подовження тривалості життя, зберігання працездатності.

За визначенням ВООЗ здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психологічного та соціального добробуту.

Важливим показником здоров'я є здатність людини найбільш ефективно використати свої біологічні можливості для реалізації соціальних функцій.

Суспільне здоров'я — це здоров'я індивідів, які складають дане суспільство.

**До показників суспільного здоров'я належать:**

**1. Демографічні показники** - народжуваність, смертність, дитяча смертність, середня тривалість життя та ін.

Народжуваність вважається високою при показниках понад 25% , а низькою нижче 15%.

Смертність вважають високою при показниках понад 15%, а низькою до 9%

Показник дитячої смерті понад 50% вважається високим, менше 30% низьким.

**2. Медико-санітарні показники** - захворюваність, поширення захворювань, непрацездатність через хвороби , нещасні випадки та ін.

Первинна захворюваність- сукупність захворювань, ніде раніше не врахованих і вперше в даному році виявлених серед населення.

Хворобливість ( поширеність захворювань) – сукупність усіх наявних серед населення хвороб , уперше виявлених в даному році і зареєстрованих у попередні роки , з приводу яких хворі повторно звернулися у даному році.

**Чинники, що визначають здоров'я населення:**

**1. Відтворення здоров'я** – народження здорового потомства .

**2. Формування здоров'я** – спосіб життя людини і стан навколишнього середовища.

**3. Процес витрати здоров'я** - відбувається у виробничій сфері , особливе значення має характер , організація та умови праці.

**4. Процес відновлення здоров'я** – включає рекреацію( відпочинок), лікування і медико-соціальну реабілітацію.

Основні умови існування всього живого на Землі- це можливість поглинати енергію із зовнішнього середовища, акумулювати її та використовувати для процесів життєдіяльності.

Здатність мобілізувати енергетичні ресурси органів та систем є основною умовою термінового пристосування організму до дій екстремальних чинників.

**Чинники ризику** – шкідливі чинники зовнішнього і внутрішнього середовища здатні спричинити хвороби.

*Умовно розрізняють дві групи чинників ризику виникнення захворювань:*

**1. Зовнішні чинники** – це забруднення довкілля шкідливими для організму хімічними речовинами, несприятливі погодні умови, сонячна радіація, нерациональне і незбалансоване харчування.

**2. Внутрішні чинники** – генетична спадковість, малорухливий спосіб життя ( гіподинамія) , шкідливі звички, перенесені травми, операції.

*Класифікація чинників ризику захворювань:*

**1. Спосіб життя** – при бл. 49-53 % - тютюнопаління, неправильне харчування, вживання алкоголю, шкідливі умови праці, стресові ситуації, адинамія, гіподинамія, зловживання ліків, погані матеріально- побутові умови, надзвичайно високий рівень урбанізації, постійне перевантаження, постійне недосипання.

**2. Генетика, біологія людини** – 18 – 22% - схильність до спадкових захворювань, схильність до дегенеративних захворювань.

3. **Зовнішнє середовище** – 17-20%- забруднення повітря та води канцерогенами, забруднення ґрунту, різні зміни атмосферних впливів, підвищені геліокосмічні, магнітні та інші випромінювання.

4. **Охорона здоров'я** – 8-10% - неефективність профілактичних заходів, низький рівень медичної допомоги, несвоєчасність медичної допомоги.

*За визначенням ВООЗ, умови збереження життя є:*

1. Мир та свобода від страху війни.
2. Рівні можливості для всіх.
3. Задоволення основних життєвих потреб ( фізіологічних, соціальних, матеріальних, інтелектуальних).
4. Соціальна воля та суспільна підтримка.

Література:

Пасечко Н. В., Лемке М. О., Мазур П.Є. Основи медсестринства. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012.