

Зміст

Передмова.....	12
Список скорочень.....	15
Перелік обов'язкових практичних навичок.....	16
РОЗДІЛ 1. ВСТУП ДО ПРЕДМЕТА "ОСНОВИ МЕДСЕСТРИНСТВА".	
МЕДСЕСТРИНСЬКІ ТЕОРІЇ І ПРОЦЕС.....	27
ФІЛОСОФІЯ, ТЕОРІЯ, СУТЬ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ. СЕСТРИНСЬКА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ. ОСНОВНІ ПОТРЕБИ ЛЮДИНИ.....	27
Основні поняття і терміни сестринської філософії (обов'язки, цінності).....	27
Етичний кодекс медичної сестри як стандарт поведінки.....	38
Основні потреби людини.....	69
Контрольні питання.....	110
МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ. НАВЧАННЯ В СЕСТРИНСЬКІЙ СПРАВІ. ПОНЯТТЯ ПРО СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС.....	117
Спілкування та його види.....	117
Навчання пацієнтів. Умови ефективного навчання.....	137
Суть процесу навчання.....	142
Медсестринський процес: ключові концепції та етапи.....	146
Документація медсестринського процесу.	
Рекомендації щодо її ведення.....	163
Контрольні питання.....	178
РОЗДІЛ 2. ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. МАНІПУЛЯЦІЙНА ТЕХНІКА.....	181
ІНФЕКЦІЙНА БЕЗПЕКА. ШФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ. САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	181
5	
Внутрішньолікарняна інфекція: механізм передачі, профілактика.....	182
Санітарно-протиепідемічний режим лікувальних закладів.....	218
Загальні заходи безпеки.....	256
Перелік практичних навичок.....	263
Проведення санітарно-гігієнічного прибирання приміщень:	
палат, їдальні, перев'язувальної, ванної, туалету.....	264
Санітарно-гігієнічний режим харчоблока, буфетної;	
роздавання їжі пацієнтам.....	265
Приготування дезінфекційних розчинів з дотриманням правил техніки безпеки (10 %, 1 %, 0,5 % розчинів освітленого хлорного вапна; 1 %, 3 % розчинів хлораміну).....	265
Дезінфекція предметів догляду за пацієнтом.....	267
Передстерилізаційне очищення медичного інструментарію.....	267
Контроль ефективності передстерилізаційного оброблення інструментарію ...	268
Стерилізація медичного інструментарію в сухожарових шафах та автоклавах..	269
Підготовка перев'язувального матеріалу.....	270
Закладання матеріалу, білизни в бікс.....	271
Користування стерильним біксом.....	271
Оброблення рук.....	272
Одягання і знімання медичного одягу.....	274
Правила підготовки стерильного стола до роботи в маніпуляційному кабінеті... Можливі проблеми пацієнта.....	279
280	
Контрольні питання.....	280
ТИПИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ. ПРИЙМАННЯ ПАЦІЄНТА ДО СТАЦІОНАРУ.....	287
Основні типи лікувально-профілактичних закладів.....	287
Функції приймального відділення.....	291
Організація госпіталізації пацієнтів до стаціонару.....	293
Перелік практичних навичок.....	311
Реєстрація в журналах госпіталізованих хворих і тих, хто вибув зі стаціонару ...	311
Заповнення карти стаціонарного хворого	312
Заповнення екстреного повідомлення.....	312
Складання статистичних форм. Статистична карта хворого,	

який вибув зі стаціонару.....	313
Проведення санітарно-гігієнічного оброблення пацієнта.....	313
Надання допомоги пацієнтові під час гігієнічного душу та миття голови.....	324
Транспортування і перекладання пацієнта.....	324
Можливі проблеми пацієнта.....	325
Контрольні питання.....	326
БЕЗПЕЧНЕ ЛІКАРНЯНЕ СЕРЕДОВИЩЕ.	
ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ. БІОМЕХАНІКА ТІЛА, ПЕРЕМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТА В ЛІЖКУ, ЗАПОБІГАННЯ ТРАВМУВАННЮ ПАЦІЄНТА.....	331

6

Безпека лікарняного середовища.....	331
Профілактика лікарняного травматизму.....	334
Стрес і нервові виснаження.....	336
Біомеханіка тіла медичної сестри.....	337
Перелік практичних навичок.....	341
Підтримування пацієнта методом "захват через руку" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).....	342
Підтримування пацієнта методом "захват при піднятому лікті" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).....	342
Підтримування пацієнта за пасок (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).....	343
Підтримування пацієнта при ходьбі (виконує одна медична сестра).....	343
Піднімання пацієнта зі стільця за допомогою розгойдування і переміщення його на інший стілець/крісло/ліжко (виконує одна медична сестра).....	344
Переміщення безпомічного пацієнта в ліжку (виконує одна медична сестра).....	345
Повертання і розміщення пацієнта в положенні лежачи на животі (виконує одна медична сестра за призначенням лікаря; пацієнт може допомагати).....	346
Розміщення пацієнта в положенні Фаулера (виконує одна медична сестра)....	347
Розміщення пацієнта в положенні Сімса (проміжне між положенням на животі та на боці; пацієнт може допомогти лише частково або не може допомогти зовсім; виконує одна або дві медичні сестри).....	348
Розміщення пацієнта в положенні лежачи на спині (виконує одна медична сестра).....	348
Повертання безпомічного пацієнта на бік.....	349
Розміщення пацієнта в положенні сидячи у ліжку, на стільці (кріслі-каталці) з опущеними додолу ногами.....	350
Транспортування пацієнта.....	352
Перенесення пацієнта трьома медичними сестрами.....	353
Можливі проблеми пацієнта.....	355
Контрольні питання.....	359
ОСОБИСТА ПІЄНА ПАЦІЄНТА. ПРОФІЛАКТИКА ПРОЛЕЖНІВ.....	361
Види режимів рухової активності пацієнта. Положення пацієнта в ліжку.....	362
Пролежні: сучасні уявлення щодо їх розвитку, профілактики та лікування.....	364
Перелік практичних навичок.....	388
Підготування ліжка для пацієнта.....	389
Заміна постільної та натільної білизни.....	389
Догляд за ротовою, носовою порожнинами тяжкохворого.....	392
Догляд за волоссям, вухами, очима тяжкохворого.....	395
Гоління обличчя пацієнта.....	397
Підстригання нігтів на руках і ногах.....	397
Проведення гігієнічних процедур у ліжку.....	399

7

Підмивання пацієнта і оброблення природних складок.....	403
Профілактика виникнення пролежнів.....	404
Оброблення пролежнів.....	406

Можливі проблеми пацієнта.....	406
Контрольні питання.....	410
ХАРЧУВАННЯ ТА ГОДУВАННЯ ПАЦІЄНТА.....	412
Столи лікувального харчування.....	417
Розвантажувальні дні.....	451
Штучне годування.....	454
Перелік практичних навичок.....	459
Складання порційної вимоги і меню-розкладки.....	460
Годування пацієнта в ліжку з ложки та напувальника.....	461
Штучне годування через шлунковий зонд.....	461
Штучне годування через операційну норицю.....	463
Штучне годування за допомогою поживної клізми.....	464
Контрольні питання.....	466
МЕТОДИ НАЙПРОСТІШОЇ ФІЗИОТЕРАПІЇ. ГІРУДОТЕРАПІЯ.	
ОКСИГЕНОТЕРАПІЯ.....	470
Фізіотерапія: механізм дії засобів впливу на кровообіг.....	470
Водолікування.....	480
Гірудотерапія (застосування п'явок).....	482
Оксигенотерапія.....	483
Перелік практичних навичок.....	486
Поставлення банок.....	486
Поставлення гірчичників.....	487
Гірчичні ванни для ніг.....	488
Гірчичні обкутування.....	489
Накладання зігрівального компресу.....	489
Накладання зігрівального компресу на вухо.....	490
Накладання гарячого компресу.....	490
Накладання грілки.....	491
Поставлення міхура з льодом.....	492
Застосування п'явок.....	493
Підготовка та проведення лікувальних ванн.....	494
Подавання зволоженого кисню.....	495
Оксигенація через носову канюлю.....	496
Оксигенотерапія через носовий катетер.....	497
Можливі проблеми пацієнта.....	498
Контрольні питання.....	499

8

СПОСТЕРІГАННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ. ТЕРМОМЕТРИЯ. ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ.....

Спостерігання за зовнішнім виглядом і станом пацієнта.....	503
Перелік практичних навичок.....	542
Підрахунок частоти дихальних рухів і реєстрація даних.....	543
Дослідження пульсу на променевій артерії і реєстрація даних.....	543
Вимірювання артеріального тиску і реєстрація даних.....	544
Вимірювання артеріального тиску пацієнтом.....	545
Вимірювання температури тіла і реєстрація даних у температурному листку.....	546
Вимірювання добового діурезу і визначення водного балансу.....	548
Спостерігання за пацієнтами із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення і сечової системи.....	548
Догляд за пацієнтом при кашлю.....	549
Догляд за пацієнтом при кровохарканні.....	549
Надання першої медичної допомоги при болю в серці.....	550
Контрольні питання.....	559
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	566
Виписування, зберігання і застосування лікарських засобів.....	567
Катетеризація периферійних вен.....	593
Постін'єкційні ускладнення.....	598
Вакуумні системи взяття крові ВАКУЕТ.	
Процедура взяття крові за допомогою вакуумних пробірок.....	601
Перелік практичних навичок.....	605

Вибірка призначень з історії хвороби.....	606
Складання вимоги-накладної на лікарські засоби.....	606
Правила отримання лікарських засобів з аптеки і розподіл їх на робочих місцях.....	608
Облік і зберігання отруйних та сильнодіяючих препаратів.....	608
Правила роздавання лікарських засобів.....	609
Закапування в ніс судинозвужувальних крапель.....	610
Закапування крапель в очі та вуха.....	611
Застосування мазі.....	612
Застосування присипок, пластиру, "бовтанок", пасти.....	614
Уведення лікарського засобу в піхву.....	615
Застосування лікувальних свічок (супозиторіїв).....	616
Інгаляційне введення ліків через ніс.....	617
Збирання шприца одноразового використання на стерильний лоток.....	618
Набирання лікарського засобу із ампул та флаконів.....	618
Розведення антибіотиків та проведення проби на чутливість до них.....	621
Виконання внутріп'язової та внутрішньом'язової ін'єкції.....	622
Особливості введення інсуліну.....	624
Особливості введення олійного розчину.....	626
Виконання підшкірної ін'єкції.....	626

9

Техніка внутрішньовенного вливання.....	627
Поставлення периферійного венозного катетера.....	628
Уведення лікарського засобу через венозний катетер.....	630
Основні правила щоденного догляду за катетером.....	631
Видалення венозного катетера.....	632
Пункція вени з метою кровопускання та взяття крові на аналіз.....	633
Узяття крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію.....	634
Заповнення системи рідиною або кров'ю та приєднання до вени.....	635
Можливі проблеми пацієнта.....	641
Математичні розрахунки у фармакології.....	643
Контрольні питання.....	659
СПОСТЕРІГАННЯ І ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ. ПОСТАВЛЕННЯ КЛІЗМ, ГАЗОВІДВІДНОЇ ТРУБКИ.....	665
Симптоми функціональних порушень органів травлення	665
Поняття про клізми. Особливості проведення очисної клізми дітям.....	678
Перелік практичних навичок.....	686
Допомога при блюванні.....	687
Подавання судна пацієнтові.....	687
Застосування газовідвідної трубки.....	688
Поставлення очисної та проносної клізм.....	689
Поставлення олійної та гіпертонічної клізм.....	690
Поставлення сифонної клізми.....	691
Поставлення лікувальної клізми (мікроклізми).....	692
Можливі проблеми пацієнта.....	692
Навчання пацієнта догляду за колостомою (стоною).....	696
Контрольні питання.....	697
СПОСТЕРІГАННЯ І ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ СЕЧОВИХ ОРГАНІВ. КАТЕТЕРИЗАЦІЯ СЕЧОВОГО МІХУРА.....	700
Перелік практичних навичок.....	707
Катетеризація сечового міхура чоловіка гумовим катетером	
Нелатона, катетером Фолея.....	707
Катетеризація сечового міхура жінки.....	709
Звільнення дренажного мішка від сечі.....	711
Догляд за промежиною пацієнта (пацієнтки) із сечовим катетером.....	711
Догляд за хворим із нетриманням сечі.	
Надання допомоги при затримці сечі.....	712
Можливі проблеми пацієнта.....	713
Контрольні питання.....	716
ЗОНДОВІ МАНІПУЛЯЦІЇ: ПРОМИВАННЯ ШЛУНКА,	

ШЛУНКОВЕ ТА ДУОДЕНАЛЬНЕ ЗОНДУВАННЯ.....	719
Промивання шлунка. Особливості промивання шлунка дітям.....	719
Дослідження секреторної функції шлунка.....	722

10

Дуоденальне зондування.....	724
Перелік практичних навичок.....	727
Уведення шлункового зонда через рот (поведінка пацієнта адекватна).....	727
Уведення носошлункового зонда (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна).....	728
Промивання шлунка за допомогою товстого зонда.....	730
Промивання шлунка за допомогою тонкого зонда (діагностичне).....	731
Узяття шлункового вмісту для дослідження секреторної функції шлунка (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна)	732
Дуоденальне зондування (фракційний спосіб).....	736
Можливі проблеми пацієнта.....	738
Контрольні питання.....	741
ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ.....	744
Обов'язки медичної сестри під час досліджень.....	744
Відповідальність медичної сестри під час участі в лабораторних дослідженнях ..	763
Перелік практичних навичок.....	766
Оформлення направлень у лабораторію, на консультації, процедури.....	767
Узяття мазка із зіву.....	768
Узяття мазка із носа.....	768
Збирання мокротиння для лабораторного дослідження.....	769
Збирання сечі на загальний аналіз.....	770
Збирання сечі на дослідження за методами Аддіса — Каковського, Нечипоренка, Амбурже.....	770
Збирання сечі на визначення кількості діастази.....	771
Збирання сечі для визначення вмісту глюкози із добової кількості.....	771
Проведення проби за методом Зимницького.....	772
Посів сечі та жовчі.....	774
Збирання калу на загальний аналіз.....	774
Збирання калу на бактеріологічний аналіз, яйця гельмінтів, приховану кров.....	774
Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження бронхів, шлунка, кишок, жовчо- і сечовивідних шляхів.....	776
Підготовка пацієнта до ендоскопічних досліджень.....	778
Підготовка до плевральної пункції, участь медичної сестри у проведенні пункції.....	779
Спинномозкова пункція (люмбальна, поперекова пункція, поперековий прокол), участь медичної сестри у проведенні пункції.....	780
Підготовка до діагностичної пункції черевної порожнини, участь медичної сестри у проведенні пункції.....	780
Можливі проблеми пацієнта.....	781
Контрольні питання.....	782
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	787

11

Передмова

У нашому житті не стільки важливе становище, у якому ми перебуваємо, скільки напрям, у якому ми рухаємося.

А. КОНАН ДОЙЛ

Уважалось, що від філософського світогляду лікаря залежить успіх лікування. Не кожна філософія, за Гіппократом, має бути застосована в медицині. Духовні цінності, світогляд людини мають опиратися на факти, спостереження, досвід, тобто закони, закономірності з їхніми причинно-наслідковими зв'язками.

"Медицина й філософія — це пошук, якщо перша не виліковує тіло, а друга душу" — так говорив грецький філософ Епікур.

Сучасна філософія визначає систему духовних цінностей, що дає змогу відповідати на проблемні питання: що таке Істина; що є Добро (вище благо), а що Зло у людських відносинах; що таке Краса і т. п.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні спрямоване на розвиток охорони здоров'я населення. Умови, у яких здійснюється реформа: дефіцит фондів, обладнання, обмеженість якісних послуг для населення з невисокими доходами. Праця медика стала непрестижною, у тому числі через низьку зарплату, погане соціальне забезпечення медичного персоналу. Сьогодні основна категорія споживачів медичних послуг — це особи похилого віку, пенсіонери, соціально незахищені люди, які не можуть отримати безоплатну допомогу належної якості, а платити за неї також не мають змоги. Із розвитком суспільства подовжується життя людини, ускладнюються умови її існування, зростає і потреба в медичній допомозі. Збільшення факторів ризику захворюваності, з одного боку, призводить до появи нових тяжких захворювань, а з іншого — до розширення й удосконалення можливостей їх лікування, яке, відповідно, стає дорожчим. Найчастіше буває так, що пацієнти не можуть оплатити лікування й у підсумку не одержують його. Людей, що потребують **медсестринського догляду**, стає усе більше, тому що в нашій країні практично відсутні відділення медсестринського догляду. Отже, в Україні головним пріоритетом медичної сфери мають бути гуманітарна спрямованість, повернення до покращання життя людини як до головного призначення галузі, подовження працездатного віку, підтримка здоров'я, подовження здорового життя та забезпечення здорового існування суспільства. Саме здорова людина і здорове суспільство — це критерії, за якими оцінюють розвиток країни.

12

Забезпечення високої якості медсестринського догляду є одним із найважливіших завдань медсестринської справи в Україні. При визначенні завдань і змісту медсестринської діяльності з поліпшення якості догляду експерти ВООЗ рекомендують орієнтуватися на чотири компоненти:

- виконання професійних функцій за стандартом;
- використання ресурсів;
- зниження ризику для пацієнта;
- задоволеність пацієнта сестринською допомогою, доглядом.

Кожний компонент має містити безліч критеріїв і оцінок якості догляду, найважливішими з яких є:

- виконання вимог санітарно-протиепідемічного нагляду;
- своєчасність виконання лікарських призначень;
- своєчасність і правильне надання сестринської допомоги;
- своєчасність і правильне надання долікарської допомоги;
- збереження медичної таємниці;
- дотримання вимог "Етичного кодексу медичної сестри України", принципів медичної етики й деонтології;
- організація роботи за затвердженими у встановленому порядку алгоритмами (медико-технологічними протоколами) сестринських маніпуляцій;
- дотримання призначеного режиму харчування;
- організація навчання, проведення бесід, консультування пацієнтів і членів їхніх родин;
- здійснення заходів щодо профілактики ускладнень і зміцнення здоров'я пацієнтів.

Формування медсестринської моделі підготовки медичних сестер на нових засадах потребує перегляду професійних завдань функціональних дій медичної сестри відповідно до рівня молодшого спеціаліста.

Поділяючи філософію сестринської справи, медична сестра є не лише виконавцем, а й організатором догляду за хворими. Останнє вимагає навичок співпраці з пацієнтом і його оточенням у прийнятті рішень і плануванні та здійсненні маніпуляцій догляду, які впливають не тільки на патологічний процес, а й на розв'язання психологічних і соціальних проблем, забезпечують самостійність і незалежність пацієнта. Роль медичної сестри в процесі догляду за пацієнтами В. Хендерсон визначила так: *"Сестра — це ноги безногого, очі сліпого, опора дитині, джерело знань і впевненості для молодої матері, уста тих, хто дуже слабкий..."*.

Триває реформа медсестринської справи, метою якої є розвиток медсестринської справи на основі науково обґрунтованих підходів. Упроваджуються медсестринські інновації. Змінюється ставлення суспільства до медсестринської практики, системи професійної медсестринської освіти, створюються сучасні медсестринські технології, стандарти (протоколи) простих медичних послуг, упроваджуються наукові методи організації медсестринської практики.

Змінюються умови для надання ефективної і якісної медсестринської допомоги. Обґрунтовується українська модель медсестринської справи, стрижнем якої є медсестринський процес. Розгорнуто роботу із забезпечення високої якості медсестринського догляду.

13

В умовах сьогодення медичним сестрам, фельдшерам, акушеркам незалежно від рівня освіти потрібні сучасні знання в галузі філософії і теорії медсестринської справи, спілкування в медсестринській справі, знання медсестринської педагогіки, психології, сучасних вимог санітарно-протиепідемічного режиму лікувально-профілактичних закладів, умінь виконувати медсестринські маніпуляції згідно з вимогами щодо стандартизації медсестринських процедур.

Саме від того, як майбутні молодші медичні працівники оволодіють необхідними практичними навичками та умінями з догляду за хворими й виконання основних медсестринських процедур, залежатиме їхня успішна робота в лікувально-профілактичному закладі, у домашніх умовах.

Професійна підготовка тісно переплітається з вихованням таких особистісних якостей медичної сестри, фельдшера, акушерки, як професійна ерудиція, спостережливість, здатність планувати догляд за пацієнтом на підставі логічного осмислювання його потреб і проблем, спроможність науково обґрунтувати свої дії.

Проте студентів коледжу, медичного училища, факультетів вищої медсестринської освіти потрібні сучасні підручники, що максимально задовольняють потреби сучасної практичної охорони здоров'я і дадуть змогу розвивати здібності особи в різних видах діяльності: професійній, інноваційній, а також у сфері саморозвитку.

За рекомендаціями програми дисципліни "Основи медсестринства" ознайомлення студентів із медсестринським процесом має починатися з першого семестру, оскільки медсестринський процес виховує у студентів здатність до чіткого розуміння проблем пацієнта і самостійного прийняття рішень у межах своєї компетенції. За навчальним планом 2011 р. такі дисципліни, як "Основи правознавства", "Основи психології та міжособистісне спілкування", "Медсестринська етика та деонтологія", вивчаються пізніше, тому матеріал з цих питань подано більш розширеним.

Підручник "Основи медсестринства" доповнено матеріалом з *техніки спілкування та методики медсестринської педагогіки*.

Цей підручник не претендує на вичерпне викладення питань медсестринської практики, але він достатньо широко охоплює майже всі теми дисципліни "Основи медсестринства", може використовуватися як навчальна, так і методична література студентами та викладачами при підготовці до занять, дає можливість скоротити пошук необхідної інформації, може сприяти підвищенню якості медсестринського догляду, престижу професії медичної сестри, фельдшера, акушера. Систематизація цієї інформації робить підручник корисним для організаторів роботи медичних сестер.

Критерієм підготовки будь-якого спеціаліста є її відповідність світовим стандартам. Використовуючи власний клінічний і педагогічний досвід, автори намагаються адаптувати великий інформаційний матеріал до умов підготовки молодших спеціалістів медицини у нашій державі.

Автори висловлюють щире подяку колегам за дозвіл використовувати матеріали з написаних ними підручників, посібників, монографій і з удячністю приймуть усі побажання та корисні поради.

14

Список скорочень

- ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад
ВЛІ — внутрішньолікарняна інфекція
МЕК — мінімальна ефективна концентрація
ПСО — передстерилізаційне оброблення
ЦСВ — центральне стерилізаційне відділення
МКСП — Міжнародний класифікатор сестринської практики

15

Перелік обов'язкових практичних навичок СПЕЦІАЛЬНІСТЬ "СЕСТРИНСЬКА СПРАВА"

Філософія, теорія, суть сестринської справи. Сестринська етика та деонтологія. Основні потреби людини

1. Уміння пояснити основні поняття та терміни сестринської філософії (обов'язки, цінності).
2. Уміння застосовувати Етичний кодекс медичної сестри як стандарт поведінки медичної сестри.
3. З'ясування потреб пацієнта.

Мистецтво спілкування в медсестринстві. Навчання в сестринській справі. Поняття про сестринський процес

1. Уміння вислухати пацієнта, провести з ним бесіду.
2. Встановлювання комунікативних взаємин.
3. Оцінювання потреби у навчанні.
4. Оцінювання вихідного рівня знань, умінь пацієнта.
5. Мотивування навчання.
6. Оцінювання здатності до навчання.
7. Організація навчання.
8. Визначення змісту навчання.
9. Складання індивідуального плану навчання, реалізація його.
10. Оцінювання якості та ефективності навчання.

Інфекційна безпека. Інфекційний контроль. Санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних закладів

1. Проведення санітарно-гігієнічного прибирання приміщень: палат, їдальні, перев'язної, ванної, туалету.
2. Санітарно-гігієнічний режим харчоблока, буфетної; роздавання їжі пацієнтам.
3. Приготування дезінфекційних розчинів з дотриманням правил техніки безпеки.
4. Дезінфекція предметів догляду за пацієнтом.
5. Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення.
6. Контроль ефективності передстерилізаційного оброблення інструментарію.
7. Стерилізація медичного інструментарію в сухожарових шафах та автоклавах.
8. Стерилізація методом кип'ятіння.
9. Підготовка перев'язувального матеріалу.

16

10. Закладання матеріалу, білизни в бікс.
11. Користування стерильним біксом.
12. Оброблення та знезараження рук медичної сестри перед проведенням ін'єкцій.

13. Правила підготовки стерильного стола до роботи в маніпуляційному кабінеті.

14. Знімання використаних рукавичок, халата, маски.

Типи лікувально-профілактичних закладів. Лікувально-охоронний режим лікувально-профілактичних закладів. Приймання пацієнта до стаціонару

1. Реєстрація в журналах госпіталізованих хворих і тих, хто вибув зі стаціонару.

2. Заповнення карти стаціонарного хворого (історії хвороби) ф. ООЗ-о.

3. Екстрене повідомлення.

4. Складання статистичних форм.

5. Проведення санітарно-гігієнічного оброблення хворого.

6. Визначення маси тіла.

7. Визначення зросту дорослої людини.

8. Визначення окружності грудної клітки.

9. Надання допомоги пацієнту під час гігієнічної ванни і миття голови.

10. Надання допомоги пацієнту під час гігієнічного душу і миття голови.

11. Транспортування та перекладання хворого.

Безпечне лікарняне середовище (біомеханіка тіла, переміщення пацієнта в ліжку, запобігання травмуванню пацієнта)

1. Підтримування пацієнта методом "захват через руку" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).

2. Підтримування пацієнта методом "захват при піднятому лікті" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).

3. Підтримування пацієнта за пасок (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).

4. Підтримування пацієнта при ходьбі (виконує одна медична сестра).

5. Піднімання пацієнта зі стільця за допомогою розгойдування і переміщення його на інший стілець /крісло, ліжку (виконує одна медична сестра).

6. Переміщення безпомічного пацієнта в ліжку (за участю однієї медичної сестри).

7. Повертання і розміщення пацієнта в положенні лежачи на животі (виконує одна медична сестра за призначенням лікаря; пацієнт може допомагати).

8. Розміщення пацієнта в положенні Фаулера (виконує одна медична сестра).

9. Розміщення пацієнта в положенні Сімса.

10. Розміщення пацієнта в положенні лежачи на спині.

11. Повертання безпомічного пацієнта на бік (виконує одна медична сестра).

12. Розміщення пацієнта в положенні сидячи в ліжку, на стільці (кріслі-каталці) з опущеними додолу ногами.

13. Транспортування пацієнта.

14. Перенесення пацієнта трьома медичними сестрами.

Особиста гігієна пацієнта. Профілактика пролежнів

1. Підготування ліжка пацієнтові.

2. Заміна постільної та натільної білизни.

17

3. Догляд за ротовою, носовою порожнинами тяжкохворого.

4. Догляд за волоссям, вухами, очима тяжкохворого.

5. Гоління обличчя пацієнта.

6. Підстригання нігтів на руках та ногах.

7. Проведення гігієнічних процедур у ліжку.

8. Підмивання пацієнта і оброблення природних складок.

9. Профілактика виникнення пролежнів.

10. Оброблення пролежнів.

Харчування та годування пацієнта

1. Складання порціонної вимоги і меню-розкладки.

2. Годування пацієнта в ліжку з ложки та напувальниці.

3. Штучне годування пацієнтів (через зонд, операційну норицю (фістулу), парентерально, за допомогою клізм).

Методи найпростішої фізіотерапії. Гірудотерапія. Оксигенотерапія

1. Поставлення банок.

2. Поставлення гірчичників.
3. Гірчичні ванни для ніг.
4. Гірчичні обкутування.
5. Накладання зігрівального компресу.
6. Накладання зігрівального компресу на вухо.
7. Накладання гарячого компресу.
8. Накладання грілки.
9. Поставлення мішура з льодом.
10. Застосування п'явок.
11. Підготовка та проведення лікувальних ванн.
12. Подавання зволоженого кисню.
13. Оксигенація через носову канюлю.
14. Оксигенотерапія через носовий катетер.

Спостереження за пацієнтами. Термометрія.

Оцінювання функціонального стану пацієнта медичною сестрою

1. Вимірювання зросту і зважування пацієнта.
2. Підрахунок частоти дихальних рухів і реєстрація даних.
3. Дослідження пульсу на променевій артерії.
4. Вимірювання артеріального тиску і реєстрація даних.
5. Вимірювання артеріального тиску пацієнтом.
6. Вимірювання температури тіла і реєстрація даних у температурному листку.
7. Вимірювання добового діурезу і визначення водного балансу.
8. Спостереження за пацієнтами із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення і сечової системи.
9. Догляд за пацієнтом при кашлю.
10. Догляд за пацієнтом при кровохарканні.
11. Надання першої медичної допомоги при болю в серці.

18

Застосування лікарських засобів

1. Вибірка призначень з історії хвороби.
 2. Складання вимоги-накладної на лікарські препарати.
 3. Правила отримання лікарських засобів із аптеки і розподіл їх на робочих місцях.
 4. Облік і зберігання отруйних та сильнодіяючих препаратів.
 5. Правила роздавання лікарських засобів.
 6. Закапування в ніс судинозвужувальних крапель.
 7. Закапування крапель в очі та вуха.
 8. Застосування мазі.
 9. Застосування пластиру, присипок, "бовтанок", пасти.
 10. Уведення лікарського засобу в піхву.
 11. Застосування свічок (ректально).
 12. Інгаляційне введення ліків.
 13. Збирання шприца одноразового використання на стерильний лоток.
 14. Набирання лікарського засобу з ампул і флаконів.
 15. Розведення антибіотиків та проведення проби на чутливість до них.
 16. Виконання внутрішньошкірної та внутрішньом'язової ін'єкцій.
 17. Особливості введення інсуліну та олійних розчинів.
 18. Виконання підшкірної ін'єкції.
 19. Техніка внутрішньовенного вливання.
 20. Поставлення периферійного венозного катетера.
 21. Уведення лікарського засобу через катетер у вену.
 22. Основні правила щоденного догляду за катетером.
 23. Видалення венозного катетера.
 24. Пункція вени з метою кровопускання та взяття крові на аналіз.
 25. Узяття крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію.
 23. Заповнення систем рідиною або кров'ю та приєднання до вени.
- Клізми. Газовідвідна трубка

1. Подання судна пацієнтові.
2. Застосування газовідвідної трубки.
3. Постановлення очисної і проносних клізм (олійної і гіпертонічної клізми).
4. Постановлення сифонної клізми.
5. Постановлення лікувальної клізми (мікроклізма).

Катетеризація сечового міхура. Застосування знімного сечоприймача

1. Катетеризація сечового міхура чоловіка гумовим катетером Нелатона, катетером Фолея.
2. Катетеризація сечового міхура жінки.
3. Звільнення дренажного мішка від сечі.
4. Догляд за промежиною пацієнта (пацієнтки) із сечовим катетером.
5. Догляд за пацієнтом з нетриманням сечі. Надання допомоги при затримці сечі.

19

Зондові маніпуляції: промивання шлунка, шлункове та дуоденальне зондування

1. Допомога при блюванні.
2. Уведення шлункового зонда через рот (поведінка пацієнта адекватна).
3. Уведення носошлункового зонда (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна).
4. Промивання шлунка за допомогою товстого зонда.
5. Промивання шлунка за допомогою тонкого зонда.
6. Узяття шлункового вмісту для дослідження секреторної функції шлунка (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна).
7. Дуоденальне зондування.

Лабораторні та інструментальні методи дослідження. Участь медичної сестри

1. Оформлення направлень до лабораторії, на консультацію, процедури.
2. Узяття мазків із зіву та носа.
3. Збирання мокротиння на загальний аналіз.
4. Збирання сечі на загальний аналіз.
5. Збирання сечі на дослідження за методами Аддіса — Каковського, Нечипорен-ка, Амбурже.
6. Збирання сечі на визначення кількості діастази, вмісту глюкози.
7. Проведення проби за методом Зимницького.
8. Посів сечі, жовчі, мокротиння.
9. Збирання калу на: загальний аналіз, бактеріологічний аналіз, яйця гельмінтів, приховану кров.
10. Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження бронхів, шлунка, кишок, жовчного міхура і сечовивідних шляхів.
11. Підготовка пацієнта до ендоскопічних досліджень.
12. Підготовка до плевральної пункції, участь медичної сестри у проведенні пункції.
13. Спинномозкова пункція поперекова (люмбальна, поперекова пункція, поперекове проколівання), участь медичної сестри у проведенні пункції.
14. Підготовка до діагностичної пункції черевної порожнини, участь медичної сестри у проведенні пункції.

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ "ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА"

Санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних закладів. Дезінфекція.

Стерилізація

1. Виконання повного і часткового санітарного оброблення пацієнта.
2. Оброблення волосся пацієнта з педикульозом.
3. Долікарська допомога пацієнту в разі погіршення стану під час приймання гігієнічної ванни.
4. Приготування розчинів хлорного вапна (10 %, 0,5 %, 1 %), хлораміну (1 %, 3 %, 5%).
5. Дезінфекція інструментарію медичного призначення, предметів догляду, особистої гігієни пацієнта, посуду.

20

6. Передстерилізаційне оброблення голків, шприців.
7. Контроль якості передстерилізаційного оброблення голків, шприців.

8. Стерилізація медичного інструментарію методом кип'ятіння (у домашніх умовах).
9. Стерилізація в повітряному стерилізаторі. Контроль якості стерильності.
10. Приготування перев'язувального матеріалу, укладення в стерилізаційні коробки, стерилізація водяною парою під тиском у парових стерилізаторах.
11. Контроль якості стерильності.
12. Користування стерильною стерилізаційною коробкою.
13. Підготовка до роботи маніпуляційного кабінету.
14. Надягання стерильного халата, маски, шапочки і гумових рукавичок.

Особиста гігієна пацієнта

1. Підготування ліжка пацієнта. Заміна натільної і постільної білизни лежачого пацієнта.
2. Техніка користування функціональним ліжком.
3. Техніка транспортування і перекладання пацієнта.
4. Догляд за шкірою: вмивання, обтирання лежачих пацієнтів.
5. Догляд за волоссям (миття, розчісування, гоління, підстригання).
6. Догляд за статевими органами, промежиною (профілактика попрілостей).
7. Догляд за очима (промивання, очні ванночки).
8. Догляд за вухами, оброблення зовнішнього слухового ходу.
9. Догляд за носовими ходами.
10. Догляд за ротовою порожниною (огляд, протирання, зрошення, чищення зубів, полоскання).
11. Комплексна профілактика пролежнів.
12. Догляд за шкірою в разі наявності пролежнів.
13. Техніка підкладання металевого і гумового суден тяжкохворим.
14. Техніка подавання сечоприймача лежачим пацієнтам.
15. Користування гумовим колом.

Харчування пацієнта

1. Складання порційної вимоги.
2. Складання приблизного добового меню згідно з рекомендованою дієтою.
3. Здійснення контролю за санітарним станом приліжкових столиків, холодильника, асортиментом і терміном зберігання харчових продуктів.
4. Годування лежачого пацієнта з ложки, напувальника.
5. Уведення харчових сумішей через зонд, годування через гастростому, оброблення шкіри навколо гастростоми.

Спостереження та догляд за пацієнтами

1. Техніка вимірювання температури тіла.
2. Графічне і цифрове записування температури тіла.
3. Догляд за пацієнтом у стані гарячки.
4. Догляд за пацієнтом під час критичного зниження температури тіла.
5. Підрахунок частоти дихання, записування в температурному листку.
6. Передстерилізаційне оброблення голок, шприців.
7. Контроль якості передстерилізаційного оброблення голок, шприців.
8. Стерилізація медичного інструментарію методом кип'ятіння (у домашніх умовах).
9. Стерилізація в повітряному стерилізаторі. Контроль якості стерильності.
10. Приготування перев'язувального матеріалу, укладення в стерилізаційні коробки, стерилізація водяною парою під тиском у парових стерилізаторах.
11. Контроль якості стерильності.
12. Користування стерильною стерилізаційною коробкою.
13. Підготовка до роботи маніпуляційного кабінету.
14. Надягання стерильного халата, маски, шапочки і гумових рукавичок.

Особиста гігієна пацієнта

1. Підготування ліжка пацієнта. Заміна натільної і постільної білизни лежачого пацієнта.
2. Техніка користування функціональним ліжком.
3. Техніка транспортування і перекладання пацієнта.
4. Догляд за шкірою: вмивання, обтирання лежачих пацієнтів.
5. Догляд за волоссям (миття, розчісування, гоління, підстригання).
6. Догляд за статевими органами, промежиною (профілактика попрілостей).
7. Догляд за очима (промивання, очні ванночки).
8. Догляд за вухами, оброблення зовнішнього слухового ходу.
9. Догляд за носовими ходами.
10. Догляд за ротовою порожниною (огляд, протирання, зрошення, чищення зубів, полоскання).

11. Комплексна профілактика пролежнів.
12. Догляд за шкірою в разі наявності пролежнів.
13. Техніка підкладання металевого і гумового суден тяжкохворим.
14. Техніка подавання сечоприймача лежачим пацієнтам.
15. Користування гумовим колом.

Харчування пацієнта

1. Складання порційної вимоги.
2. Складання приблизного добового меню згідно з рекомендованою дієтою.
3. Здійснення контролю за санітарним станом приліжкових столиків, холодильника, асортиментом і терміном зберігання харчових продуктів.
4. Годування лежачого пацієнта з ложки, напувальника.
5. Уведення харчових сумішей через зонд, годування через гастростому, оброблення шкіри навколо гастростоми.

Спостерігання та догляд за пацієнтами

1. Техніка вимірювання температури тіла.
2. Графічне і цифрове записування температури тіла.
3. Догляд за пацієнтом у стані гарячки.
4. Догляд за пацієнтом під час критичного зниження температури тіла.
5. Підрахунок частоти дихання, записування в температурному листку.

21

6. Визначення життєвої ємності легенів за допомогою спірометра.
7. Надання допомоги пацієнту під час кашлю, задишки.
8. Надання долікарської допомоги з приводу кровохаркання, легеневої кровотечі.
9. Подавання кисню з кисневої подушки. Централізоване подавання кисню через носові катетери.
10. Визначення пульсу, його характеристика, графічне зображення в температурному листку.
11. Вимірювання артеріального тиску, його оцінювання, реєстрація.
12. Надання першої допомоги під час блювання, аспірації блювотних мас.
13. Техніка застосування газовідвідної трубки.
14. Техніка застосування очисної клізми.
15. Техніка промивання шлунка.
16. Техніка застосування сифонної клізми.
17. Техніка застосування лікувальних клізм.
18. Техніка застосування послаблювальних клізм.
19. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером.
20. Промивання сечового міхура.
21. Визначення добового діурезу, водного балансу.

Найпростіші методи фізіотерапії

1. Техніка застосування банок.
2. Техніка накладання гірчичників.
3. Техніка накладання зігрівальних компресів.
4. Техніка накладання охолоджувальних компресів.
5. Техніка застосування грілки.
6. Техніка застосування міхура з льодом.
7. Техніка проведення інгаляцій.
8. Техніка застосування водних процедур.

Виписування, зберігання і застосування лікарських засобів

1. Робота фельдшера з листком лікарських призначень.
2. Складання рецепта-вимоги на лікарські засоби.
3. Розкладання лікарських засобів у медичній шафі за способом їх застосування.
4. Втирання мазі, накладання пластиру, застосування присипок.
5. Закапування крапель у ніс, вуха, очі.
6. Закладання мазі за повіки.
7. Техніка користування кишеньковим інгалятором.
8. Техніка збирання стерильного одноразового медінструментарію із крафт-пакета.

9. Техніка набирання лікарських засобів з ампул, флаконів.
10. Техніка виконання внутрішньошкірних ін'єкцій.
11. Проведення проб на чутливість до лікарських засобів.
12. Техніка виконання підшкірних ін'єкцій.
13. Користування інсуліновим шприцом. Розрахунок дози інсуліну.
14. Техніка введення олійних розчинів, оброблення інструментарію після ін'єкції.
15. Техніка виконання внутрішньом'язових ін'єкцій.
16. Розведення і розрахунок дози антибіотика.

22

17. Техніка накладання джгута.
18. Техніка венепункції, внутрішньовенного струминного введення лікарських засобів.
19. Техніка взяття крові з вени для лабораторного дослідження.
20. Складання і заповнення системи для внутрішньовенних вливань.
21. Техніка внутрішньовенного краплинного введення лікарських засобів.
22. Техніка кровопускання.

Участь фельдшера в лабораторних та інструментальних дослідженнях

1. Техніка взяття мазка із зіву і носа.
2. Збирання мокротиння для загального і бактеріологічного досліджень.
3. Узяття блювотних мас і промивних вод шлунка для дослідження.
4. Узяття калу для дослідження: копрологічного, бактеріологічного, на приховану кров, яйця гельмінтів.
5. Техніка зондування шлунка і дванадцятипалої кишки.
6. Підготовка пацієнта та взяття сечі для загального дослідження.
7. Підготовка пацієнта та взяття сечі для дослідження за методом Нечипоренка.
8. Підготовка пацієнта та взяття сечі для дослідження за методом Зимницького.
9. Дослідження сечі на діастазу.
- ч 10. Узяття сечі на бактеріологічне дослідження.
11. Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунка і кишок.
12. Підготовка пацієнта до іригоскопії.
- ь 13. Підготовка пацієнта до холецистографії, проведення проб на чутливість до і контрастних речовин.
14. Підготовка пацієнта до бронхоскопії.
15. Підготовка пацієнта до езофагогастродуоденоскопії.
16. Підготовка пацієнта до колоноскопії.
17. Підготовка пацієнта до ультразвукової діагностики органів черевної порожнини.
18. Підготовка пацієнта до ректороманоскопії.
19. Плевральна пункція: підготовка пацієнта, оснащення, допомога лікарю, догляд і спостереження за пацієнтом під час і після процедури.
20. Абдомінальна пункція: підготовка пацієнта, оснащення, допомога лікарю, спостереження і догляд за пацієнтом під час і після проведення процедури, направлення матеріалу до лабораторії.
21. Спинномозкова пункція: підготовка пацієнта, оснащення, допомога лікарю, спостереження і догляд за пацієнтом під час і після проведення процедури, направлення матеріалу до лабораторії.
22. Виписування направлення на лабораторне дослідження.

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ "АКУШЕРСЬКА СПРАВА"

Санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних закладів. Дезінфекція.
Стерилізація

1. Проведення повного, часткового і спеціального (протипедикульозного) санітарного оброблення вагітної (породіллі, матері-годувальниці).

23

2. Долікарська допомога вагітним і породіллям у разі погіршення стану під час приймання гігієнічної ванни.

3. Приготування розчинів хлорного вапна (10 %; 0,5 %; 1 %), хлораміну (1 %; 3 %).
4. Дезінфекція предметів догляду та особистої гігієни вагітної (породіллі, матері-годувальниці).
Дезінфекція посуду.
5. Передстерилізаційне оброблення медичного інструментарію. Контроль якості виконання.
6. Оброблення медичного інструментарію методом кип'ятіння (у домашніх умовах).
7. Стерилізація в повітряному стерилізаторі. Контроль стерильності.
8. Укладення матеріалів і спецодягу у стерилізаційні коробки (бікси). Стерилізація водяною парою під тиском у парових стерилізаторах (автоклавах).
9. Користування стерильною стерилізаційною коробкою.
10. Надягання стерильного халата, шапочки, маски і гумових рукавичок.

Особиста гігієна вагітної, породіллі, матері-годувальниці

1. Підготування ліжка для породіллі (матері-годувальниці). Проведення туалету.
2. Заміна натільної і постільної білизни.
3. Техніка користування функціональним ліжком.
4. Техніка транспортування і перекладання породіллі, матері-годувальниці.
5. Догляд за шкірою: умивання лежачих пацієнок, обтирання шкіри.
6. Догляд за статевими органами і промежиною.
7. Догляд за очима (промивання, очні ванночки).
8. Догляд за вухами, оброблення зовнішнього слухового ходу.
9. Догляд за носовими ходами, видалення кірочок.
10. Догляд за ротовою порожниною (полоскання, зрошення, чищення зубів).
11. Комплексна профілактика пролежнів.
12. Догляд за шкірою в разі наявності пролежнів.
13. Техніка підкладання металевого і гумового суден тяжкохворим.
14. Користування гумовим кругом.

Харчування вагітних і матерів-годувальниць

1. Складання порційної вимоги.
2. Складання приблизного добового меню згідно з рекомендованою дієтою.
3. Організація годування породіллі у післяпологовий період.
4. Рекомендації щодо раціонального харчування матері-годувальниці.

Найпростіші методи фізіотерапії

1. Техніка застосування банок.
2. Техніка накладання гірчичників.
3. Техніка накладання зігрівальних компресів.
4. Техніка накладання охолоджувальних компресів.
5. Техніка застосування грілки і міхура з льодом.
6. Техніка найпростіших інгаляцій.
7. Техніка проведення водних процедур.

24

Спостереження та догляд за пацієнтом

1. Техніка вимірювання температури тіла.
2. Графічна та цифрова реєстрація показників.
3. Побудова тижневого графіка температурної кривої за заданим типом.
4. Догляд за пацієнтом у стані гарячки.
5. Догляд за хворою вагітною під час критичного зниження температури тіла.
6. Підрахунок частоти дихання, записування результатів у температурному листку.
7. Надання допомоги пацієнтові під час кашлю, задишки.
8. Подання кисню з кисневої подушки, через носові катетери, маски.
9. Долікарська допомога під час кровохаркання, легеневої кровотечі.
10. Визначення пульсу, його характеристика, реєстрація.
11. Вимірювання артеріального тиску, його оцінювання, реєстрація.
12. Надання долікарської допомоги в разі непритомності, колапсу, при болю в серці та артеріальній гіпертензії.
13. Надання допомоги під час блювання.
14. Надання першої допомоги при аспірації блювотних мас.
15. Техніка промивання шлунка.

16. Техніка введення газовідвідної трубки.
17. Техніка застосування очисної і сифонної клізм.
18. Техніка застосування медикаментозної клізми.
19. Надання першої допомоги при шлунково-кишковій кровотечі.
20. Катетеризація сечового міхура м'яким катетером.
21. Промивання сечового міхура.
22. Визначення добового діурезу і водного балансу.

Виписування, зберігання та застосування лікарських засобів

1. Робота з листком лікарських призначень.
2. Складання рецепта-вимоги на лікарські засоби.
3. Розкладання лікарських засобів у медичній шафі (за способом застосування та групами).
4. Втирання мазі, накладення пластиру, застосування присипок.
5. Закапування крапель у ніс, вуха, очі.
6. Закладення мазі за повіки.
7. Техніка користування індивідуальним (кишеньковим) інгалятором.
8. Техніка збирання стерильного шприца.
9. Техніка збирання стерильного інструментарію із крафт-пакета та стерилізатора.
10. Техніка набирання лікарських засобів з ампул і флаконів.
11. Техніка виконання внутрішньошкірних ін'єкцій.
12. Поставлення проб на чутливість до лікарських засобів.
13. Техніка виконання підшкірних ін'єкцій.
14. Користування інсуліновим шприцом. Розрахунок об'ємної дози інсуліну.
15. Техніка введення олійних розчинів, оброблення інструментарію після ін'єкції.
16. Техніка внутрішньом'язових ін'єкцій.
17. Розведення антибіотиків і розрахунок разової дози.
18. Техніка накладення венозного джгута.

25

19. Техніка виконання венепункції і внутрішньовенного струминного введення лікарських засобів.
20. Техніка взяття крові з вени для лабораторного дослідження.
21. Складання і заповнення системи для внутрішньовенних вливань.
22. Техніка внутрішньовенного краплинного введення лікарських засобів.
23. Техніка кровопускання.

Участь акушерки в лабораторних та інструментальних дослідженнях

1. Техніка взяття мазка із зівя і носа.
2. Збирання мокротиння для загального і бактеріологічного дослідження.
3. Узяття калу для дослідження: копрологічного, бактеріологічного, на приховану кров, на яйця гельмінтів.
4. Техніка зондування шлунка і дванадцятипалої кишки.
5. Підготовка пацієнок і збирання сечі для дослідження з а методами Зимниць-кого та Нечипоренка.
6. Підготовка пацієнок до дослідження сечі: загального, на діастазу, бактеріологічного.
7. Підготовка пацієнтки до рентгенологічного дослідження шлунка і кишок.
8. Підготовка пацієнтки до іригоскопії.
9. Підготовка пацієнок до бронхоскопії, езофагогастроуденоскопії.
10. Підготовка пацієнтки до колоноскопії і ректороманоскопії.
11. Підготовка пацієнок до ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, матки, яєчників.
12. Виписування направлення на лабораторне дослідження.

26

ФІЛОСОФІЯ, ТЕОРІЯ, СУТЬ СЕСТРИНСЬКОЇ СПРАВИ. СЕСТРИНСЬКА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ. ОСНОВНІ ПОТРЕБИ ЛЮДИНИ

Після вивчення теми студенти мають **Знати:**

- філософське осмислення сестринської практики для подальшого прогресу в сестринській справі;
- основні поняття філософії сестринської справи: пацієнт, сестринська справа, навколишнє середовище і суспільство, здоров'я;
- суть сучасних моделей сестринської справи;
- співвідношення сестринської справи і суспільства, лікувальної і сестринської справи;
- етичні елементи філософії сестринської справи й обов'язки, цінності і чесноти медичної сестри;
- основні принципи сестринської деонтології, викладені в клятві Ф. Найтінгейл і Етичному кодексі Міжнародної ради медичних сестер;
- основні теорії класифікації потреб;
- основні життєво важливі потреби пацієнта (визначення та основні характеристики);
- основні положення сестринського догляду різних моделей;
- модель сестринської справи В. Хендерсон (Європейське регіональне бюро ВООЗ) на практиці.

Уміти:

- виявити потреби пацієнта (розв'язання ситуаційних задач).

Основні поняття і терміни сестринської філософії (обов'язки, цінності)

Поняття "сестринська справа", за В. Хендерсон і Міжнародною радою медичних сестер, — це "Унікальне завдання медичної сестри — надавати допомогу людині, хворій чи здоровій, у межах усього, що стосується здоров'я, видужування або спокійної смерті, того, що зробив би сам хворий, володіючи

27

необхідними знаннями, маючи силу та волю. І робиться це так, щоб він (пацієнт) знову якнайшвидше отримав свободу".

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я (Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"):

- охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя;
- здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів;
- заклади охорони здоров'я — підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечити різноманітні потреби населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників;
- медико-санітарна допомога — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам із гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

Філософія (від грец. *люблю й мудрість*, любов до мудрості) — це форма духовної діяльності людини, у якій знаходять своє відображення питання цілісної картини світу, положення людини у світі, відносин людини зі світом унаслідок цієї взаємодії з метою формування цілісного погляду на світ і на місце людини в цьому світі. Філософія завжди базувалася на

різних морально-етичних принципах, правилах і створювала систему цінностей тієї або іншої епохи.

Філософія сестринської справи — це складова філософії, система поглядів на відносини медичної сестри, пацієнта, суспільства та навколишнього

28

Ґрунтується на загальнолюдських принципах етики та моралі.

Гідність як етичний принцип формується тоді, коли людина сама поважає високі моральні якості особистості й усе життя відповідає їм, усвідомлює свою відповідальність перед собою як особистістю, що займає певне місце у світі.

Поважаючи *права людини*, пацієнта, його життєві цінності, звичаї, переконання, вік, національність, медичні працівники зобов'язані уважно й по-партнерськи ставитися до пацієнтів, співробітничати з ними для досягнення головної мети — здоров'я.

Перший кодекс прав пацієнта було прийнято в США в 1972 р. В Україні права пацієнтів закріплені у Законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я".

Виникнення такої форми медичної етики, як біоетика, яка розглядає медицину в контексті *прав людини*, змінює основне питання медичної етики — питання про відносини лікаря й пацієнта. Загострюється питання про трактування принципу гуманізму в сучасній медицині. Гуманне ставлення медичного працівника означає в першу чергу повагу гідності і прав пацієнта.

Відомий американський лікар Роберт Віл виділив **чотири моделі взаємин** медичних працівників і пацієнтів. Це патерналістична, інженерна, колегіальна й контактна (інформаційна) моделі, в основі яких лежить оцінка ступеня активності пацієнта при наданні йому допомоги й догляду.

Згідно з **патерналістичною моделлю** ставитися до пацієнтів слід так, як батьки ставляться до дітей, самим визначати, у чому полягає благо пацієнта.

Інженерна модель заперечує міжособистісний аспект. Її застосовують при певних дослідженнях і стосовно непритомних пацієнтів.

Колегіальна модель взаємин пацієнта і медичних працівників припускає партнерські відносини.

Контактна (інформаційна) модель: лікар зобов'язаний адекватно інформувати пацієнта про стан здоров'я, будувати свої взаємини на основі знань, умінь, виконання професійних обов'язків і поважання прав одне одного. У цій моделі пацієнт вирішує, що є благом для нього (наприклад відмова від операції). Завданням лікаря є розв'язати цю морально-етичну дилему для досягнення головної мети — здоров'я пацієнта.

Сутність філософії сестринської справи в тому, що вона є фундаментом професійного життя медсестри, вираженням її світогляду і лежить в основі її роботи, спілкування з пацієнтом.

Медична сестра, що розділяє сестринську філософію, покладає на себе:

- *етичні обоє 'язки* — це обов'язкові правильні вчинки, дії: *говорити правду; чинити добро; не завдавати шкоди; поважати зобов'язання інших; дотримувати слова; бути відданою; поважати право пацієнта на самостійність;*
- *етичні цінності* — це, згідно з теорією сестринської філософії, цілі, до яких прагне медична сестра, тобто результати її діяльності (ідеали — вищі цілі, до яких прагне людина або група людей): *професіоналізм; здоров'я; здорове навколишнє середовище; незалежність; людська гідність; турбота (догляд, увага, піклування);*

29

- *чесноти* — це особистісні моральні якості медичного працівника, які визначають, що є добро, а що зло: *доброта; знання; уміння; жаль; милосердя; терпіння; гуманність.* Ідея гуманності виникла в першому тисячоріччі до нашої ери і збереглася як золоте правило

моральності: до пацієнта/іншої людини треба ставитися так, як ти хотів би, щоб ставилися до тебе.

За міжнародною домовленістю, філософія сестринської справи ґрунтується на чотирьох основних поняттях:

- а) пацієнт;
- б) медсестра, сестринська справа;
- в) навколишнє середовище;
- г) здоров'я.

Пацієнт — це індивідуум, особа, яка має набір взаємопов'язаних біологічних, психологічних і соціальних систем, що впливають на її поведінку; здатна до осмисленої діяльності.

"...Медична сестра — це органічний сплав високих моральних якостей, загальної ерудиції та майстерності" (Етичний кодекс медичної сестри України, 1999).

Сестринська справа — частина медичного догляду за пацієнтом, його здоров'ям; наука і мистецтво, спрямовані на розв'язання дійсних та потенційних проблем зі здоров'ям у мінливих умовах навколишнього середовища. Комітет експертів ВООЗ у 60-х роках ХХ ст. визначив сестринську справу як "практику людських взаємовідносин", а медична сестра, "здійснюючи щодо кожного індивідуальний підхід, повинна вміти розпізнати потреби пацієнта, які виникають у зв'язку із хворобою".

Навколишнє середовище — сукупність природних, соціальних, психологічних і духовних факторів і показників.

Здоров'я — стан живого організму, при якому організм у цілому і всі органи здатні виконувати свої життєві функції. Охорона здоров'я громадян — одна з функцій держави. У світовому масштабі охороною здоров'я займається ВООЗ. В Україні державним органом, що опікується здоров'ям громадян, є Міністерство охорони здоров'я України.

У преамбулі Статуту ВООЗ ідеться про те, що здоров'я — це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, яке практично не трапляється.

Як указано в Європейській політиці ВООЗ "Здоров'я-21", кожний період життя людини впливає на її здоров'я, тому необхідно прагнути досягти повного потенціалу здоров'я для всіх. При цьому здоров'я визначається як право всіх людей на необхідні умови для благополуччя, високої якості життя та тривалого економічного розвитку.

Здоров'я — це одна з важливих етичних цінностей, на якій ґрунтується філософія сестринської справи. Воно закладається в утробі матері, у ранньому дитинстві та визначається віковими особливостями, а також впливом

30

зовнішнього середовища — сім'ї, навчального закладу, місця роботи. Це не тільки відсутність хвороб (А. Перрі та П. Поттер).

Здоров'я — це поняття, яке можна визначити об'єктивно (нормальне функціонування організму, уміння піклуватися про себе, відсутність болю, нездужання, достатня розумова діяльність) і суб'єктивно (погане самопочуття при невиявленому захворюванні або за його відсутності).

Вважається, що здоров'я — це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю функціонування всіх органів та систем, рівновагою між організмом та зовнішнім середовищем за відсутності хворобливих проявів. Тому основна ознака здоров'я — здатність організму пристосовуватися до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження не тільки пристосовуючись до дії екстремальних чинників зовнішнього середовища, а й повноцінно функціонуючи в цих умовах. Таким чином, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватися до змін оточення.

Багато хто з учених розглядають здоров'я як форму життєдіяльності організму, яка забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу за даних умов його тривалість. Зрозуміло, що здоров'я — це похідне численних впливів на організм, у тому числі природно-кліматичних, соціальних, виробничих, побутових, психологічних чинників. Крім цього, здоров'я — це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства.

Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а отже, стан здоров'я може покращуватися або погіршуватися. Кожна людина — це відкрита динамічна система, тому існує широкий діапазон поняття "здоров'я" — від абсолютного здоров'я до межових із хворобою станів.

Узагальнюючи всі наведені вище визначення поняття "здоров'я", доцільно сказати, що під здоров'ям треба розуміти процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності за максимальної тривалості активного життя.

Є три взаємопов'язаних рівні здоров'я: суспільний, груповий та індивідуальний. Суспільне здоров'я характеризує стан здоров'я загалом і виявляє цілісну систему матеріальних та духовних відносин у суспільстві.

Групове здоров'я зумовлене специфікою життєдіяльності людей певного трудового чи сімейного колективу та безпосереднього оточення.

Індивідуальний рівень здоров'я формується як в умовах суспільства в цілому, так і на основі фізіологічних і психічних особливостей людини, її способу життя. Індивідуальне здоров'я — абсолютний і непересічний скарб, що перебуває на найвищому ступені особистісних цінностей кожного.

31

Фактори, що впливають на стан здоров'я людини

Здоров'я людини не можна розглядати як щось незалежне, автономне. Залежить воно від багатьох факторів: кліматичних умов, стану навколишнього середовища, забезпеченості продуктами харчування та їхньої енергетичної цінності, соціально-економічних умов, а також стану медицини, а отже, є наслідком впливу природних, антропогенних та соціальних факторів.

Здоров'я — своєрідне дзеркало соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, один із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливий чинник, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів. Розрізняють *етіологічні*, тобто *причинні* фактори, які безпосередньо зумовлюють розвиток і вираженість патологічного процесу (хвороби), і фактори ризику, які *не є причиною захворювання*, але сприяють, посилюють дію етіологічних факторів. Наприклад, збудники інфекційних хвороб, токсичні речовини, вібрація є причинами певних захворювань — грипу, туберкульозу, отруєння ртуттю, вібраційної хвороби, а надмірна маса тіла, куріння, малорухливий спосіб життя можуть як збільшити ймовірність захворювань серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця тощо), так і негативно впливати на їхній перебіг, прогноз цих та інших захворювань, зумовлених дією етіологічних факторів. Так, алкоголь може слугувати фактором ризику, який посилює несприятливу дію хімічних речовин на нервову систему, а нікотин переважно уражує нижні та верхні дихальні шляхи. Неповноцінне харчування (дефіцит білків, вітамінів тощо) може виступати етіологічним фактором аліментарних розладів і фактором ризику інтоксикацій важкими металами або радіаційного ураження.

Причинами порушення нормальної життєдіяльності організму і виникнення патологічного процесу можуть бути *абіотичні* (властивості неживої природи) фактори навколишнього середовища — до 20 %. Очевидним є зв'язок географічного розподілу захворювань, їхня залежність від кліматично-географічних зон, висоти місцевості над рівнем моря,

інтенсивності випромінювань, переміщення повітря, атмосферного тиску, вологості повітря тощо.

На здоров'я людини впливає *біотичний* (властивості живої природи) компонент навколишнього середовища у вигляді продуктів метаболізму рослин та мікроорганізмів, вірусів, бактерій, грибів, отруйних речовин, комах і небезпечних для людини тварин. Патологічні стани людини можуть бути пов'язані з *антропогенними* фактори забруднення навколишнього середовища — повітря, ґрунту, води продуктами промислового виробництва. Сюди також віднесено патологію, пов'язану з біологічним забрудненням відходами тваринництва, виробництва продуктів мікробіологічного синтезу (кормові дріжджі, амінокислоти, ферментні препарати, антибіотики тощо).

Суттєвий вплив на стан здоров'я населення справляють чинники *соціального середовища*: демографічна та медична ситуація, духовний і культурний рівень, матеріальний стан, соціальні відносини, конфлікти, засоби масової інформації, урбанізація, гігантські темпи індустріалізації тощо.

32

Істотне значення має *стан генетичного фонду*, схильність до спадкових хвороб - до 20 %. Шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, малорухливий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень — ось найпоширеніші побутові причини виникнення хвороб. Вони ж у свою чергу пов'язані з культурними, економічними і політичними умовами.

Негативно позначається на формуванні здоров'я і *несприятлива екологічна обстановка*, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природно-кліматичні умови. Перераховані вище умови середовища визначають стан здоров'я населення. Там, де домінують голод і бруд, інфекційні хвороби і висока дитяча смертність — явища звичні. Переїдання, малорухливий спосіб життя і куріння негативно позначаються на здоров'ї, призводять до розвитку захворювань серцево-судинної системи і пухлин. Там, де виробничий процес не контролюється (у шахтах, на заводах і в полі), частими є професійні захворювання і рання смерть.

Виявити чинники небезпеки в навколишньому середовищі значно легше, ніж усунути їх. Ключ до вирішення питань про вплив навколишнього середовища на здоров'я — у надрах економіки, політики, у способі життя і взаємовідносинах людей з їхнім природним оточенням.

Дуже важко створити абсолютно ідеальні умови для здоров'я. Із розвитком людського суспільства розвиваються хвороботворні агенти, а біологічні, геологічні і хімічні умови навколишнього середовища змінюються значно швидше там, де порушується природна рівновага.

Фактори ризику для здоров'я населення України надзвичайно різноманітні. У спадок від колишнього СРСР Україні залишилися висока концентрація промислових об'єктів із застарілими енергомісткими технологіями, низька ефективність очисних споруд, наслідки аварії на ЧАЕС. Енергомісткість валового національного продукту в Україні у 9 разів вища, ніж у країнах Європейського Союзу.

Чинники, визнані шкідливими, забороняють застосовувати або регламентують їх надходження у навколишнє середовище. При цьому у міжнародному співтоваристві рішення про рівень регламентації приймається згідно з концепцією "користь—шкода". Користь, яку матиме суспільство від застосування чинника, порівнюється із завданою довікільлю і здоров'ю шкодою. Визначаються розмір шкоди, прийнятний допустимий ризик.

І все ж в усіх цих факторах при глибокому їх аналізі простежується той само особистісний фактор. Бути чи не бути здоровому — це насамперед залежить від самої людини. І не можливо не погодитись із твердженням римського філософа Сенеки: "Уміння продовжити життя — в умінні не вкорочувати його".

Загальноприйнятого показника, за яким можна було б визначити рівень здоров'я чи його якість, не існує. Результати будь-яких аналізів, дані будь-

33

яких досліджень мають значний діапазон коливань залежно від статі, віку, конституціонального типу, функціонального стану організму, географічних та метеорологічних особливостей, характеру та інтенсивності праці, способу життя, особливостей харчування та багатьох інших чинників. Функціональний стан організму та показники його діяльності змінюються в однієї людини навіть протягом кількох годин (одразу після пробудження і після вставання з ліжка, до споживання їжі та після їди та ін.).

Складові здоров'я

Показниками фізичного здоров'я є індивідуальні особливості анатомічної будови, досконале (за нормою) фізіологічне функціонування організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетична спадковість, рівень фізичного розвитку органів і систем організму.

До показників психічного здоров'я належать індивідуальні особливості психічних процесів і властивості людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з цілей, потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, уяви, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язане з особливостями мислення, характеру, здібностями людини.

До показників духовного здоров'я відносять духовний світ особистості, сприйняття духовної культури людства, освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, розуміння сенсу життя, оцінювання реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду — усе це формує стан духовного здоров'я.

Показники соціального здоров'я пов'язані з економічними чинниками, взаєминами індивіда зі структурними одиницями соціуму (сім'єю, організаціями), з якими створюються соціальні зв'язки у праці, відпочинку, побуті, соціальному захисті, охороні здоров'я, безпеці існування тощо. Загалом соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, які притаманні головним сферам суспільного життя в певному середовищі — економічній, політичній, соціальній, духовній. Ці складові тісно взаємопов'язані і в сукупності визначають стан здоров'я людини. У реальному житті майже завжди спостерігається інтегрований вплив цих складових.

Ступені здоров'я

- Досконале здоров'я, відмінний настрій, сильний імунітет.
- Людина здорова, але наявні незначні вади, що практично не перешкоджають життєдіяльності і не потребують лікування (наприклад шрами), зубні пломби.
- Нормальний стан. Людина здорова, але наявні стани, що не прогресують, але іноді можуть обмежити життєдіяльність, підвищити втомлюваність (наприклад короткозорість і далекозорість, плоскостопість, сутулість). Їх рекомендовано лікувати по можливості.
- Людина здорова, але поганий настрій, часті стреси, ослаблення імунітету. Рекомендовано вжити заходів щодо нормалізації стану.

34

- Людина хвора. Наявність легкого захворювання, що піддається лікуванню. Немає загрози життю. Необхідне швидке лікування або припинення розвитку захворювання (наприклад, застуда, нежить (риніт), грип, викривлення хребта).
- Хронічне захворювання або інвалідність.
- Травма. Тимчасова втрата дієздатності. Можлива загроза здоров'ю (наприклад, забите місце, поріз, вивих, опік, обмороження, шок, непритомність). Необхідна перша медична

допомога. Майже кожна людина повинна вміти надавати першу допомогу. Легкі травми піддаються вилікуванню. Тяжка травма може призвести до ампутації органа (гангрена).

- Загроза життю (наприклад, тяжке поранення, температура тіла понад 42 °С, значна крововтрата, зупинка серця, дихання). Необхідна невідкладна інтенсивна перша медична допомога.

Розроблена і впроваджується низка національних і державних програм: "Діти України", "Здоров'я літніх людей", "Комплексні заходи боротьби з туберкульозом", "Цукровий діабет", "Програма профілактики СНІДу та наркоманії", "Здоров'я нації" на 2002—2011 рр., "Репродуктивне здоров'я нації" на 2006—2015 рр., Проект "Концепція Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір" на 2012—2020 рр. Реалізація заходів, передбачених цими програмами, дасть змогу суттєво поліпшити здоров'я нації.

Кожна людина повинна дбати про своє здоров'я в першу чергу сама. Краще запобігти захворюванню, ніж лікуватися. Першим важливим елементом піклування про здоров'я є відстежування власного самопочуття. Важливе місце посідають особиста гігієна, активне і здорове спілкування з іншими людьми, комфортні умови праці, раціональне харчування і здоровий спосіб життя.

Незважаючи на те що цінність здорового способу життя задекларована в головних законах, постановах, актах держави, робота щодо забезпечення фізичного, психічного, соціального, духовного благополуччя і гармонійного розвитку особистості є особистісним здобутком. Інакше кажучи, спосіб життя — це той чинник, який майже цілком залежить від поведінки людини і визначає її здоров'я.

Сестринська деонтологія

Деонтологія — (від грец. "деон" — потрібне, необхідне) — учення про професійну етику. Цей термін упроваджено на початку XIX ст. англійським філософом Бентамом. *Сестринська деонтологія* — наука про обов'язок перед пацієнтом і суспільством, принципи поведінки, професійну поведінку середнього медичного працівника, спрямовану на підвищення якості лікування і догляду, усунення шкідливих наслідків неправильних дій. Є частиною сестринської етики. Медицина й лікування за всіх часів ґрунтувалися на поєднанні спеціальних знань, умінь і етичних положень. Наш співвітчизник А.П. Чехов писав: *"Професія медика — подвиг. Вона вимагає самовідданості, чистоти душі й чистоти помислів. Не всякий здатний на це"*.

Медичному працівникові довіряється найдорожче — життя, здоров'я, благополуччя людей. Він несе відповідальність не тільки перед пацієнтом та

35

його родичами, а й перед державою в цілому. На жаль, і сьогодні трапляються випадки безвідповідального ставлення до пацієнта. Усі ці явища неприпустимі. Слід пам'ятати: *інтереси пацієнта — понад усе*.

Взаємодія лікаря, медичної сестри, фельдшера, акушера (медичного працівника взагалі) і пацієнта починається з моменту першого їхнього контакту, частіше зорового коли ще не вимовлено ні слова. Пацієнт напружено й уважно вдивляється в обличчя медичного працівника, прагнучи зрозуміти, що і як скаже він йому. Адже кожний пацієнт хворіє на свою хворобу, хвилюється через страх незацікавленості, байдужість із боку лікаря, медичної сестри, фельдшера. Він чекає ласкавого, співчутливого слова, підтримки. І це слово стане ліками не тільки для його душі й тіла, а й психологічного стану.

При будь-якому спілкуванні з пацієнтом треба завжди пам'ятати, що кожне слово має бути спрямоване на підвищення настрою пацієнта, зміцнення його впевненості у видужанні. Пам'ятайте, що в багатьох випадках слово медичного працівника діє не менш цілюще, ніж ліки. Не забувайте і інший бік впливу слова. Народна мудрість говорить: "Слово лікує, але слово і ранило". Тому при будь-якому спілкуванні із хворими чи колегами пам'ятайте про можливість негативних наслідків необережного висловлення.

Медична сестра (фельдшер, акушер) повинна володіти професійною спостережливістю, що дає змогу побачити, запам'ятати й оцінити дрібні зміни у фізичному, психологічному стані пацієнта.

Вона повинна вміти управляти своїми емоціями, виховувати емоційну стійкість.

Культуру поведінки медичного працівника можна розділити на два види:

1. Внутрішня культура. Це ставлення до праці, дотримання дисципліни, дбайливе ставлення до предметів обстановки, дружелюбність, почуття колегіальності.

2. Зовнішня культура. Культура мови, зовнішній вигляд.

Основними якостями медичного працівника, причому якостями саме його внутрішньої культури, є:

- *скромність* — простота, безкорисливість, які свідчать про красу людини, її силу;
- *справедливість* — найвища чеснота медичного працівника. Вона є підґрунтям його внутрішніх спонукань. Цицерон говорив про два начала справедливості: "Нікому не шкодити і приносити користь суспільству";
- *чесність* — має супроводжувати всі справи медичного працівника, стати основою його повсякденних помислів і прагнень;
- *доброта* — невід'ємна складова внутрішньої культури. *Що ж таке зовнішня культура медичного працівника?*

1. Зовнішній вигляд. Основні вимоги до одягу медика — чистота і простота. Відсутність прикрас і косметики. Одяг, вираз обличчя, манера триматися відображують деякі аспекти особистості медичного працівника, ступінь його турботи, уваги до пацієнта. *"Медикам слід тримати себе чисто, мати гарний одяг, тому що все це приємно для хворих"* (Гіппократ).

36

Пам'ятайте! Медична форма не потребує прикрас. Вона сама прикрашає людину, символізує чистоту помислів, ретельність у виконанні професійних гоов'язків. Не буде довіри в пацієнта до медичного працівника, у якого погляд гюхмурий, поза недбала і який розмовляє крізь зуби. Медичний працівник повинен триматися просто, говорити ясно, спокійно, стримано.

2. Культура мови є другою складовою зовнішньої культури. Мовлення медичного працівника має бути чітким, неголосним, емоційним. Не можна використовувати зменшувальні епітети при звертанні до пацієнта: "бабулька", "голубонька" тощо. Нерідко доводиться чути, як про пацієнта говорять: "діабетик", "астматик" і т. і.

Іноді мовлення медичних працівників пересипане модними, жаргонними словами, примітивне. Такі недоліки мовної культури медичних працівників у пацієнта зумовлюють негативну реакцію.

Сестринська етика — принципи, що визначають правильну поведінку медичної сестри.

Сестринська етика — це моральні аспекти сестринської справи. Вони є складовою сестринської справи, підґрунтям професійного покликання медичної сестри.

Етичні принципи визначаються етичним кодексом медсестри, який є стандартом поведінки медсестер і засобом самоврядування для професійної медсестри.

*Основні терміни сестринської деонтології**

Мораль — принципи, цінності та норми, яких людина дотримується у своєму повсякденному житті та поведінці.

Етика — вивчення цих принципів, цінностей і норм.

Принципи — основні та базові точки зору.

Цінності — уявлення про те, що є "добро" і "справедливість", тому підлягають виконанню.

Норми — правила поведінки, відображення цінностей.

Етичні обов'язки медичної сестри:

- 1) говорити правду;
- 2) чинити добро;
- 3) не завдавати шкоди;
- 4) поважати права пацієнта;
- 5) поважати обов'язки колег як членів медичної бригади;

б) дотримувати слова;

7) поважати право пацієнта на самостійність.

Етичними здобутками, які визначають мету роботи медичної сестри, є:

а) професіоналізм;

б) здоров'я;

в) незалежність;

г) безпечне навколишнє середовище; г) людська гідність;

■ Демон, ВООЗ (1996).

37

д) турбота (догляд).

Доброчесність (професіоналізм) визначається за особистими якостями, якими має володіти кваліфікована медична сестра:

а) знання;

б) уміння;

в) милосердя;

г) співчуття; г) терпіння;

д) цілеспрямованість.

Принципи сестринської етики і деонтології

Основними принципами сестринської етики і деонтології, викладеними в клятві Флоренс Найтінгейл, "Етичному кодексі Міжнародної ради медичних сестер" і "Етичному кодексі медичної сестри України", є:

1) *гуманність і милосердя, любов і турбота;*

2) *співчуття;*

3) *добррозичливість;*

4) *безкорисливість;*

5) *працьовитість;*

б) *увічливість та ін.*

В основі етики й деонтології лежать такі основні принципи:

Принцип гуманності розглядає людину як найвищу цінність, заохочуючи її творчий і моральний розвиток.

Принцип милосердя означає "чинити добро". Він включає доброзичливе і чуйне ставлення до тих, хто в біді.

1. **Принцип виключення посадових злочинів.** Це принцип "не нашкодь", який зобов'язує як лікаря, так і медичного працівника захищати пацієнта від небезпеки, усувати біль і страждання в міру своєї компетенції.

2. **Принцип справедливості** включає неупередженість, повагу людської гідності і рівний розподіл дефіцитних засобів.

3. **Принцип правдивості** (повідомлення правди пацієнтові). Він формує підґрунтя відкритих взаємовідносин пацієнта з медичним працівником.

4. **Принцип поінформованої згоди** з'явився наприкінці ХХ ст. і лежить в основі колегіальної моделі взаємовідносин або, як її ще називають, моделі поінформованої згоди. Взаємовідносини лікаря і хворого запропоновано будувати за типом відносин колег одне з одним. Ідеться про те, що проблеми обстеження й лікування лікар вирішує не сам, а в погодженні із хворим.

Етичний кодекс медичної сестри як стандарт поведінки

Міністерство охорони здоров'я України

Етичний кодекс медичної сестри України (прийнято на I з'їзді медичних сестер України, м. Чернівці, 1999)

Медичні сестри України приймають цей Етичний кодекс, враховуючи велике значення морально-етичних норм в охороні здоров'я населення, важливу роль

38

медичної сестри як представника однієї із наймасовіших медичних професій у суспільстві, а також керуючись сучасними етико-нормативними документами міжнародних медичних організацій.

Частина 1. Загальні положення

У житті і діяльності медичної сестри органічно поєднуються: високий професіоналізм, гуманність та милосердя, глибоке усвідомлення громадського значення своєї роботи, комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, відновлення здоров'я і реабілітація, сприяння зміцненню здоров'я і запобіганню захворюванням, готовність повністю віддати себе обраній професії, навіть у найтяжчих умовах. Етичний кодекс висвітлює моральний рівень медичної сестри, її світогляд, покликаний підвищувати престиж і авторитет сестринської професії в суспільстві, сприяти розвитку сестринської справи в Україні.

Частина 2. Медична сестра і пацієнт

Стаття 1. Медична сестра як особистість

Особистість медичної сестри — це органічний сплав високих моральних якостей, загальної освіченості, професійної ерудиції та майстерності. Медична сестра оберігає людське життя, починаючи із зачаття, і ніколи, навіть під загрозою, не повинна використовувати медичні знання для завдання шкоди. Етичною основою сестринства є гуманізм та милосердя, повага до невід'ємних прав людини і громадянина. Відновлення і покращання здоров'я пацієнта є для медичної сестри найвищою винагородою за її працю. У своїй діяльності медичні сестри України повинні керуватися міжнародними деклараціями про права людини, Конституцією і законами України, загальнолюдськими моральними цінностями, принципами і нормами професійної етики та духовними надбаннями нашої національної культури.

Стаття 2. Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу

Кожна людина, яка звертається за медичною допомогою, має право не тільки на своєчасну і висококваліфіковану медичну допомогу, а й на чуйне, [>]ажне ставлення до себе медичної сестри, на її доброзичливість, правдивість, чесність, терпіння, безкорисливість, старанність і охайність. Щоб виправдати довіру своїх пацієнтів, медична сестра повинна працювати якісно, згідно професійним стандартам. Медична сестра в міру своєї компетенції повинна надавати невідкладну допомогу пацієнтові, хто б він не був: чоловік, жінка, дитина, стара людина, немовля чи той, хто помирає. Медична сестра несе моральну відповідальність за свою діяльність перед пацієнтом, колегами, суспільством.

Стаття 3. Професійна компетентність — головна умова сестринської діяльності

Медична сестра повинна завжди виконувати свої обов'язки професійно, згідно стандартам діяльності медичної сестри, визначеним Міністерством

39

охорони здоров'я України. До професійних вимог належить: творче ставлення до своїх обов'язків, уміння швидко орієнтуватися в інформації, вибрати з неї найнеобхідніше, безперервно удосконалювати свої спеціальні знання та навички, підвищувати свій культурний рівень.

Медична сестра повинна бути компетентною щодо моральних і юридичних прав пацієнта. Медична сестра підтримує самі високі стандарти у сфері сестринської практики з урахуванням реальних ситуацій, керуючись вимогами законодавства України, принципами професійної етики. Медична сестра несе персональну відповідальність за виконання своїх професійних обов'язків.

Стаття 4. Повага прав пацієнта, гуманне ставлення до пацієнта

Співчуття та повага до життя пацієнта є невід'ємною рисою в професії медичної сестри.

Медична сестра повинна поважати права пацієнта на полегшення страждань, не має права

сприяти самогубству хворого. Медична сестра повинна діяти в рамках своєї компетентності, щоб захистити права пацієнта, які були проголошені ВООЗ та Всесвітньою медичною асоціацією. Пацієнт має право на зручності у різному плані, які гарантують таємницю його індивідуальних особливостей при оглядах, діагностичних та лікувальних процедурах. Присутніми можуть бути тільки особи, необхідні для проведення медичних втручань. У виняткових і особливих ситуаціях діагностичні і лікувальні процедури, операційні втручання при невідкладному стані пацієнта можуть бути проведені всупереч волі уповноважених осіб. Медична сестра у таких випадках повинна керуватися невід'ємними правами людини, законами України та найвищими інтересами пацієнта.

Стаття 5. Шанування людської гідності, потреб та цінностей пацієнта

У роботі та поведінці медична сестра має бути взірцем високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Стосунки з пацієнтами мають бути такими, щоб максимально оберігати психіку хворого. Чуйно та уважно ставитися до хворого, стримувати себе в різних ситуаціях, бути коректною при звертанні до пацієнта. Медична сестра не повинна принижувати гідність пацієнта при виконанні маніпуляцій. Медична сестра повинна поважати особисту гідність пацієнта, ставитись з повагою до його індивідуальних потреб і цінностей. Такі фактори, як раса пацієнта, релігійні погляди або відсутність таких, етнічне походження, соціальний або сімейний статус, сексуальна орієнтація, вік або стан здоров'я не повинні впливати на якісний медичний догляд. Медична сестра не має права втручатися без відома і волі пацієнта в його особисте життя, за винятком тих випадків, коли це пов'язано виключно з професійною необхідністю. Сподівання та спосіб життя пацієнта мають бути відомі медсестрі для створення індивідуальних програм медичного сестринського догляду, які б співпадали з психологічними, соціальними, культурними, духовними та фізіологічними інтересами пацієнта.

Стаття 6. Перш за все — не нашкодь

Медична сестра постійно повинна пам'ятати про виконання найдавнішого етичного принципу медицини: "Передусім — не нашкодь!", проявляючи мак-

40

симальну уважність і обережність під час сестринських втручань і виконання медичних призначень. Виконуючи втручання, які можуть негативно вплинути на пацієнта, медична сестра повинна передбачити міри безпеки та профілактичні заходи із запобігання ускладненням.

Стаття 7. Медична сестра і право пацієнта на інформацію

Медична сестра повинна поважати права пацієнта на отримання інформації про стан його здоров'я, про можливий ризик та переваги передбачуваних методів діагностики, лікування. Враховуючи те що повідомлення про хворобу належить лікарю, медична сестра має моральне право інформувати пацієнта тільки після узгодження з лікарем як член медичної бригади, обслуговуючий даного пацієнта. Медична сестра має право приховати від пацієнта професійну інформацію тільки в тому разі, якщо вона впевнена, що ця інформація нанесе йому серйозне ушкодження. Медична сестра повинна дотримуватися безпосереднього контакту з хворим. Говорячи про стан здоров'я пацієнту, необхідно дотримуватися такту і повної обережності. Медична сестра повинна вибирати варіанти пом'якшеного повідомлення про зміни в перебігу хвороби. Медична сестра повинна бути правдивою і чесною, поважати право пацієнта на отримання інформації про стан його здоров'я.

Стаття 8. Медична сестра і право пацієнта на згоду щодо медичного втручання або відмови від нього

Медична сестра повинна поважати право пацієнта чи його представника (коли вона має справу з дитиною або недієздатним психічнохворим) погоджуватись на медичне втручання або відмовитися від нього. Медична сестра повинна бути впевнена, що пацієнт погоджується або відмовляється добровільно та свідомо. Моральний і професійний обов'язок медичної сестри в міру своєї кваліфікованості роз'яснити пацієнту наслідки відмови від медичного втручання. Відмова пацієнта не повинна негативно впливати на ставлення до нього медичних

працівників. Пацієнт має право відмовитися від участі у науково-дослідній діяльності медичної сестри, а також у навчальних програмах медичних закладів. Для медичного втручання щодо неповнолітніх або недієздатних пацієнтів треба мати попередню згоду юридично уповноважених осіб (батьки, родичі, опікуни, адвокати).

Стаття 9. Обов'язок зберігати професійну таємницю

Медична таємниця має моральний та юридичний аспект. Медичні сестри не мають права розповсюджувати відомі їм при виконанні професійних обов'язків відомості про хворобу, інтимні та сімейні сторони життя пацієнта. За розповсюдження професійної таємниці медична сестра несе моральну та юридичну відповідальність. Медична сестра має право розкрити конфіденційну інформацію про пацієнта іншій особі тільки за згоди пацієнта. Усі відомості про пацієнта, що пов'язані із станом його здоров'я або особистого характеру, зберігаються у таємниці, навіть після смерті пацієнта, якщо це не **загрожує** іншим людям. Уся інформація пацієнта має бути надійно захищена

41

від сторонніх осіб. Це стосується і біологічних матеріалів, узятих для лабораторних аналізів чи наукових досліджень організму пацієнта.

Стаття 10. Медична сестра та помираючий хворий

Медична сестра повинна володіти знаннями, уміннями та навичками в обов'язі паліативної допомоги, що дає змогу помираючому полегшити страждання. Медична сестра повинна надати помираючому і його сім'ї психологічну підтримку. Пацієнт має право на гідну людині смерть: право на застосування всіх сучасних засобів, що зменшують передсмертні страждання, право скористатися морально-психологічною підтримкою сім'ї, родичів, друзів, співробітників, а також духовного служителя будь-якої релігійної віри. Евтаназія, тобто акт навмисного припинення життя пацієнта, учинена по волі самого пацієнта чи на прохання його близьких, вважається неетичною. Медична сестра повинна з повагою ставитись до померлого пацієнта. При обробленні тіла слід враховувати релігійні та культурні традиції. Медична сестра зобов'язана поважати права громадян відносно патологоанатомічних розтинів.

Стаття 11. Медична сестра як учасник наукових досліджень і навчального процесу

У справі самовдосконалення медичної сестри велике значення має участь медичної сестри в дослідницькій роботі, вивчення наукової, довідкової медичної літератури. Медична сестра повинна творчо підходити до своїх обов'язків, уміти швидко зорієнтуватися у великій кількості інформації, вибрати з неї головне та необхідне. У дослідницькій роботі з участю людини як об'єкта медична сестра повинна слідувати міжнародним документам з медичної етики і законодавства України. Інтереси пацієнта як особистості для медичної сестри мають бути вищі інтересів суспільства та науки. Беручи участь у наукових дослідженнях, медична сестра повинна особливо захищати тих пацієнтів, які самі не в змозі про себе потурбуватися у зв'язку з тяжким станом або якщо цей пацієнт дитина.

Частина 3. Медична сестра і її професія

Стаття 12. Повага до своєї професії

Професійний обов'язок медичної сестри щодо хворого, його родичів та колег по роботі — це комплекс дій, спрямованих на одужання хворого, а також поведінка медичної сестри в конкретній ситуації, які виникають у медичній практиці. Медична сестра повинна постійно контролювати свої дії, бути пунктуальною, дотримуватись правил особистої гігієни, підтримувати авторитет і репутацію своєї професії. Медична сестра повинна мати відповідну психологічну підготовку, уміти керувати собою і конкретними ситуаціями в практичній діяльності. Право і обов'язок медичної сестри — відстоювати свою моральну, економічну і професійну незалежність. Медична сестра несе особисту моральну відповідальність за впровадження підтримання та покращання професійних стандартів сестринської справи. Інтимні стосунки з пацієнтом засуджуються медичною етикою. Поведінка медичної сестри не повинна бути прикладом негативного ставлення до свого здоров'я.

42

Стаття 13. Медична сестра і колеги

Медична сестра повинна поважати своїх учителів. Для медичної сестри однією з необхідних умов є культура спілкування в колективі. Медична сестра повинна поважати колег, зважати на їхні погляди, знання, досвід, переконання, бути уважною, чуйною, делікатною, справедливою у стосунках зі своїми колегами. Медична сестра повинна допомагати колегам у міру своїх знань і навичок. Високий професіоналізм медичної сестри є важливим моральним фактором товариських колегіальних взаємовідносин медичної сестри і лікаря. Медична сестра повинна точно і кваліфіковано проводити призначені лікарем сестринські втручання. Медична сестра повинна підтримувати авторитет колег серед пацієнтів та населення. У тих випадках, коли медична сестра стає свідком неправомірних чи помилкових дій колег, вона повинна стати на захист інтересів пацієнта шляхом зауваження, попередження, звернення до авторитетних спеціалістів і керівників медичного закладу. Медична сестра повинна поважати давню традицію своєї професії — надавати медичну допомогу колегам безвідплатно.

Стаття 14. Медична сестра та сумнівна медична практика

Медична сестра повинна знати правові норми, регулюючі сестринську справу, систему охорони здоров'я, дозволені законодавством методи лікування. Медична сестра повинна захищати інтереси пацієнта та суспільства, якщо вона виявила нелегальну, неетичну та некомпетентну медичну практику. У цьому разі медична сестра має право звернутись за підтримкою в державні органи охорони здоров'я, Асоціацію медичних сестер України.

Частина 4. Медична сестра та суспільство

Стаття 15. Моральна та правова відповідальність медичної сестри перед суспільством
Медичній сестрі довіряють турботу про здоров'я і життя громадян. Суспільство вимагає, щоб медичні сестри чесно ставились до цієї важливої справи, з почуттям високої відповідальності виконували свій обов'язок, підвищували свої професійні знання. Медична сестра зобов'язана відповідати за всі упущення, які сталися внаслідок недбайливості, злочинної байдужості, умисного зловживання. Моральний обов'язок медичної сестри — піклуватися про доступність і високу якість сестринської допомоги населенню. Медична сестра повинна брати активну участь в медико-санітарній освіті населення. Медична сестра повинна допомагати в удосконаленні методів боротьби з хворобами, попереджувати пацієнтів, органи влади та суспільство про екологічну небезпеку, робити свій вагомий внесок в організацію рятувальних служб.

Стаття 16. Підтримка сестринської справи

Моральним обов'язком медичної сестри є всебічне сприяння розвитку реформи сестринської справи в Україні. Медична сестра повинна підтримувати незалежність, цілісність сестринської справи, її автономію, привертати увагу суспільства та засобів масової інформації до потреб, досягнень та недоліків

43

сестринської справи. Медична сестра повинна захищати суспільство від невірної інформації про сестринську справу. Самореклама несумісна з медичною етикою.

Стаття 17. Гарантії і захист законних прав медичної сестри

Медична сестра має право на законний захист почуття власної гідності, фізичної незайманості і право на допомогу при виконанні своїх професійних обов'язків як в мирний, так і у воєнний час. Рівень життя медичної сестри має відповідати статусу її професії. Розмір гонорару, визначений приватно практикуючою сестрою, має відповідати обсягу та якості наданої медсестринської допомоги, ступеню її компетентності з урахуванням особливих обставин у кожному конкретному випадку. Безвідплатна допомога пацієнтам з тяжким матеріальним становищем етично схвалюється. Медичних сестер не можна змушувати працювати в несприятливих умовах. Забезпечення умов професійної діяльності медичних сестер має відповідати вимогам охорони праці.

Частина 5. Професійні сестринські організації

Стаття 18. Відповідальність професійних сестринських організацій

Професійні сестринські організації відповідають за роз'яснення та підтримання етичної поведінки медичної сестри. Виконання цих завдань потребує того, щоб професійні сестринські організації залишались чутливими до прав, потреб та законних інтересів пацієнтів та медсестер.

Стаття 19. Взаємозв'язок та співробітництво між професійними сестринськими організаціями

Асоціація медичних сестер України може створювати по всій Україні свої осередки. Встановлення зв'язку та співробітництва між Асоціацією медичних сестер України, її територіальними філіями (осередками) та іншими організаціями медичних сестер є невід'ємним кроком у напрямку забезпечення етичної поведінки медичних сестер. Діяльність професійних осередків Асоціації медичних сестер має в усі часи відображати первинну турботу про якісний догляд за пацієнтом.

Частина 6. Дія Етичного Кодексу медичної сестри України, відповідальність за його порушення та порядок його перегляду

Стаття 20. Дія Етичного Кодексу

Вимоги Кодексу обов'язкові для усіх медичних сестер України. Лікарі та медичні сестри, які викладають у медичних училищах, коледжах та на сестринських факультетах медичних вузів, повинні ознайомити студентів з Етичним Кодексом медичних сестер України. Лікарі та медичні сестри, які викладають у навчальних закладах, своєю поведінкою повинні подавати приклад студентам.

Стаття 21. Відповідальність за порушення Етичного Кодексу

Медичні сестри несуть відповідальність за порушення Етичного Кодексу медичної сестри України. За порушення етичних норм Кодексу до членів Асоціації медичних сестер України можуть бути застосовані такі стягнення:

44

- 1) зауваження;
- 2) попередження про неповну професійну відповідність;
- 3) припинення членства в Асоціації на строк до 1 року;
- 4) повідомлення в місцеві та центральні керівні органи охорони здоров'я про факти порушення.

Стаття 22. Перегляд і тлумачення Етичного Кодексу

Зміна обставин потребує постійного перегляду цього Кодексу. Додатки до Кодексу можуть бути необхідними для того, щоб знайти шлях у вирішенні особливої ситуації. Право перегляду Етичного Кодексу медичних сестер України та тлумачення його окремих положень належить Міністерству охорони здоров'я України за узгодженням з Асоціацією медичних сестер України.

Додаток 1

Міжнародна рада медсестер Кодекс професійної етики медсестер Кодекс міжнародної ради медсестер Етичні основи сестринської справи (Витяг)

На медичну сестру покладені чотири основні обов'язки: зберігати здоров'я, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання. Потреба в роботі медичної сестри універсальна. Сестринська справа передбачає повагу до життя, гідності і прав людини. Вона не має обмежень за національними або расовими ознаками, за ознаками віросповідання, кольору шкіри, віку, статі, політичного або соціального стану.

Медичні сестри надають медичну допомогу окремим особам, сім'ям і спільнотам та координують свою діяльність з роботою інших груп.

Додаток 2 Міжнародний кодекс медичної етики

(Витяг)

Прийнятий 5-ю Генеральною Всесвітньою Медичною Асоціацією (Лондон, Великобританія, жовтень 1949 р.), доповнений 22-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Сідней, Австралія, серпень 1968 р.) і 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Венеція, жовтень 1983 р.). Понад 80 років тому за аналогією з лікарською клятвою Гіппократа була створена сестринська клятва Ф. Найтінгейл, яку проголошують випускники сестринських закладів освіти в багатьох країнах світу.

45

Додаток 3

Клятва Флоренс Найтінгейл

Перед Богом і перед обличчям зібрання я урочисто обіцяю вести життя, сповнене чистотою, і чесно виконувати свої професійні обов'язки.

Я буду утримуватись від усього отруйного та шкідливого і ніколи свідомо не використаю і не призначу ліки, які можуть завдати шкоди.

Я зроблю все, що у моїх силах, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії.

Я буду зберігати у таємниці всю особисту інформацію, яка опиниться у моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтами та їх родичами.

Я буду віддано допомагати лікарю в його роботі і присвячу себе невтомному піклуванню про благополуччя всіх доручених моїй турботі.

Психологічний портрет медичної сестри "очима пацієнта"

Небагато медичних працівників можуть похвалитися знанням того, як їх сприймають хворі, інші члени колективу.

Чимало медичних сестер можуть прекрасно оцінювати свої фахові медичні знання, технічні навички виконання різноманітних маніпуляцій, проте лише деякі мають адекватне розуміння власної особистості і можуть сказати, який психологічний стиль їхньої роботи з пацієнтом, чи є вони для нього ліками чи отрутою.

Для розвитку здатності до комунікації з пацієнтом і психотерапевтичного підходу до нього будь-якому медичному працівникові потрібно володіти інформацією про свій фаховий тип поведінки.

Допомогти побачити себе "очима пацієнта", з'ясувати особливості своїх комунікативних можливостей дає стислий огляд діяльності сестер, наведений І. Харді (1973).

Сестра-рутинер (робот). Для її діяльності найхарактернішим є механічне виконання своїх обов'язків. Така медична сестра ретельна, скрупульозна, добре технічно кваліфікована, акуратно виконує всі доручення лікаря. Але працюючи чітко за інструкцією, вона не вкладає у свою роботу психологічний зміст. Працює як автомат і сприймає пацієнта як необхідний додаток до інструкції з його обслуговування. Її взаємини з пацієнтами позбавлені емоційного співчуття і співпереживання. Вона робить усе, випускаючи з поля зору одне — хворого. Саме така сестра здатна розбудити хворого, який спить, щоб у призначений час дати йому снодійне.

Сестра-гренадер (солдат). Цей тип сестри добре описаний у популярних кінокомедіях. Хворі вже здалеку за ходою або гучним голосом дізнаються про неї, швидко намагаються упорядкувати свої тумбочки і ліжка. Ця сестра рішуча, безкомпромісна, наполеглива, миттєво реагує на найменші порушення "дисципліни". При недостатній культурі, освіті, невисокому рівні інтелектуального розвитку така негнучка "вольова" сестра може бути груба і навіть

46

агресивна з хворими. У сприятливих випадках, якщо вона розумна, освічена, таким рішучим характером може стати гарним вихователем молодих колег.

Сестра материнського типу ("мати" і "сестричка"). Вона переносить на роботу з хворими свої теплі сімейні стосунки або компенсує в роботі їх відсутність. Робота з хворими, турбота про них — для неї невід'ємна умова життя. Вона добре володіє емпатією, спроможністю до співпереживання.

Сестра-експерт. Це вузький спеціаліст. Завдяки високій потребі у фаховому зіннанні виявляє особливу допитливість у визначеній сфері фахової діяльності і пишається значущістю у своїй галузі, де іноді навіть "затмарює" лікаря. Часто це кваліфіковані сестри рентгенологічної або клінічної лабораторії, фізіотерапевтичного кабінету. За фаховою порадою до них не соромляться звертатися молоді лікарі. Іноді люди цього типу стають фанатами своєї справи, включаючи решту зі сфери своїх інтересів.

"Нервова сестра". Цей тип непрофесійної поведінки сестри не повинен зустрічатися в лікувальному закладі і свідчить про неякісний фаховий підбір кадрів, про помилки в роботі адміністрації. Емоційно нестійка, запальна, дратівлива, схильна до обговорення особистих проблем, вона постійно дає невротичні реакції і може стати серйозною перешкодою в роботі медичного закладу. "Нервова сестра" — це або патологічна особистість, або людина, яка страждає неврозом. Такі люди часто самі потребують серйозної психотерапевтичної допомоги і є професійно непридатними для роботи з хворими.

Сестра, яка грає завчену роль. Фахова приналежність не сформована. Поведінка такої медичної сестри вирізняється неприродністю. Вона ніби виконує роль. Неприродність у спілкуванні заважає їй встановити контакти з людьми, тому така сестра повинна сама чітко визначити свої фахові цілі, виробити адекватний стиль спілкування з пацієнтом.

Таким чином, якщо в діяльності медичної сестри основний принцип — "пацієнт перш за все", то планування і проведення сестринської практики неможливі без уміння провести опитування, сформулювати проблеми, спланувати заходи і провести навчання пацієнта навичкам самоогляду, а для цього медичні сестри повинні безперервно вчитись і вдосконалюватись.

Частіше пацієнти краще знають медичну сестру, ніж колеги. У книжці "Мелшинский работник и больной" В. Єренков наводить лист пацієнтів до медичної сестри: "Мы вынуждены сказать Вам, что Вашего дежурства мы ждем с ужасом, а окончания — с нетерпением. За свое дежурство вы ухитряетесь свес-ти на нет все усилия врачей и других сестер, все результаты приема лекарств и наши нелегкие усилия обрести душевнѣш покой. Мы просим Вас задуматься над зтим письмом. Вам нужно переменить либо свое поведение, либо свою работу".

Усі люди зазвичай проходять однаковий життєвий шлях. Вони народжуються, зростають, досягають зрілості, врешті старіють. Життя людини від кожної стадії до наступної називається життєвим циклом, або онтогенезом, а зміни, які люди відчувають на цьому шляху, називаються ростом і розвитком людини.

47

Розвиток людини — зміни, які відбуваються впродовж усього життєвого циклу, полягають у змінах зовнішнього вигляду, ставленні до оточення, у зміні відчуттів і думок. Їх поділяють на фізичні, соціальні, емоційні та пізнавальні. Фізичні зміни — це збільшення розмірів кісток скелета, м'язів та внутрішні зміни організму. Соціальні зміни відбуваються у взаєминах людини з іншими людьми протягом усього життя. Емоційні зміни полягають у тому, як людина відчуває і висловлює свої почуття на різних етапах життя. Пізнавальні зміни — це те, як людина розуміє навколишній світ: манера мислити, пам'ятати, вірити і творити. У табл. 1 описано кожен етап відповідно до типу змін. Важливо пам'ятати, що ці характеристики є загальними, а не суворо визначеними для кожної людини.

Таблиця 1. Характеристика стадій росту і розвитку людини

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
--------	------------	-----------------

1. <i>Грудний вік</i> (від народження до 1 року). З моменту зачаття плід розвивається близько 9 міс. Після народження дитину називають новонародженою, азі міс. до 1 року — дитиною грудного віку, що означає першу офіційну стадію росту і розвитку	Фізична	Маса тіла збільшується втричі, а довжина — на 25 см. Початок керування тілом. З 1 міс. й до кінця стадії послідовно виконуються такі рухи: піднімання голови, утримання і кидання предметів, тягнення їх у рот; перевертання, сидання, повзання; перші кроки (зі сторонньою допомогою). Прорізування зубів і споживання твердої їжі — з 6 міс.
	Соціальна та емоційна	Плач як засіб привертання уваги до себе. Між 1-м та 3-м місяцями починає сміятися. З 6 міс. упізнає тих, хто за нею доглядає, довіряє їм. У 7 міс. плаче, коли бачить сторонніх
	Пізнавальна	Використання зору, дотику, слуху запаху та смаку для вивчення світу. Надає перевагу спогляданню яскравих кольорів, чітких ліній. Гарно бачить у 2 міс. У 3 міс. стежить очима за предметами, які рухаються. У 5 міс. досліджує предмети за допомогою пальців і рота. В 1 рік може вимовляти декілька слів
2. <i>Раннє дитинство</i> (від 1 до 3 років). На початку цієї стадії дитина не зовсім впевнено стоїть на ногах. Але в 3 роки бігає, стрибає, самостійно їсть і одягається з невеликою допомогою або без неї. Протягом дня потребує відпочинку. Розмовляє реченнями	Фізична	Частіше самостійно ходить у 15 міс. Рухлива, що потребує координації багатьох м'язів ніг. Грається з іграшками. Має від 6 до 12 молочних зубів і споживає звичайну їжу. Учиться користуватися туалетом, їсть, п'є і одягається з невеликою допомогою або без неї. Протягом дня потребує відпочинку

48

Продовження табл. 1

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
	Соціальна та емоційна	Не ділиться іграшками. Полюбить гратися сама або поруч з іншою дитиною. Не любить покарань. Учиться бути незалежною. Гнівається, коли її бажання не задовольняють. Може боятися залишатися на самоті
	Пізнавальна	Добре реагує на мову дорослих. Показує предмети, про які говорять дорослі. Виконує прості накази. Починає поєднувати слова у короткі фрази. Любить сама обирати діяльність та іграшки
3. <i>Дошкільний вік</i> (від 3 до 5 років). Дошкільники іноді схожі на дорослих у мініатюрі. Майже все можуть робити самі, мають друзів, можуть ходити в дитячий садок, уміють підтримувати цікаву бесіду, намагаються бути дорослими. Проте вони все ще бачать світ очима маленьких дітей, бояться того, чого бути не може	Фізична	Удосконалює великорухові навички. Більше контролює малорухові вміння, такі як малювання. Поєднує декілька рухових навичок в одну дію. Багато робить сама: одягається, їсть і користується туалетом

	Соціальна та емоційна	Має чітке уявлення про себе. Реагує на судження батьків та інших дорослих про себе. Більш незалежна, ніж у ранньому дитинстві. Самостійно робить вибір. Легко грається з іншими дітьми, їй до вподоби групові ігри, а також ігри з великою кількістю іграшок. Спостерегає і наслідує дорослих. Полюбить, аби все було до ладу і відчуває себе невпевнено, якщо розпорядок дня змінюється дуже часто
	Пізнавальна	Знає багато імен людей та назв речей. Швидко вивчає нові слова. Читати декілька слів починає до 5 років. Рахує і любить пізнавати предмети з номерами. Групує однакові предмети. Вирізняє несхожі з іншими об'єкти. Виконує накази. Дуже допитлива і має багату уяву. Багато запитує. Має самостійну точку зору, іноді не може зрозуміти чиясь

49

Продовження табл. 1

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
4. Молодий шкільний вік (від 5 до 12 років). Дошкільники і школяри мають різні розміри тіла й типи будови тіла і поводять себе по-різному. У шкільні роки діти ростуть і розвивають навички поведінки з різною швидкістю	Фізична	Постійно росте (дівчатка досягають зросту дорослих у 12 років). Фізично гарно координована. Застосовує всі м'язи для ігор та спорту, їзди на велосипеді і танців. Розвиває м'язовий тонус, почуття рівноваги, силу і терплячість. Використовує малі м'язи для письма, малювання і майстерності. Дівчатка входять у фазу статевого дозрівання приблизно з 10 до 12 років, хлопчики — у 12 років
	Соціальна та емоційна	Починає формувати тривалі дружні взаємини. Утворюються невеликі закриті групи, до яких не допускаються інші діти, особливо протилежної статі. Більшість часу проводить без батьків. Починає розуміти, що інші люди теж мають почуття. Емоційна (часом їй складно проявляти свої емоції). У період статевого дозрівання часто спостерігаються кардинальні зміни настрою
	Пізнавальна	Здатна довше концентрувати увагу, довше пам'ятати та слідувати більш складним вказівкам. Думає логічно і приймає рішення щодо "реального світу". Може сприймати нову інформацію, ставити питання і чинити опір рішенням дорослих

<p>5. <i>Юність</i> (від 12 до 20 років). Межа між дитинством і дорослим життям. Дитина досягає звичайних фізичних форм; розумова здатність як у дорослої людини. Соціальний та емоційний досвід широкій; це час міцної дружби та ранніх любовних стосунків, що інколи призводять до батьківства</p>	<p>Фізична</p>	<p>Досягає репродуктивної зрілості — здатна мати власних дітей. У дівчини грудні залози збільшуються до розміру таких дорослої жінки, стегна округлюються, з'являється волосся на лобку і під пахвами, десь близько у 12 років — перша менструація. У юнака статевий член та яєчки розвиваються до розмірів таких дорослого чоловіка, починаються еякуляції, з'являється волосся на лобку та обличчі, голос грубішає, збільшуються шия і плечі. На початку цього періоду дівчата, як правило, на зріст вищі за юнаків, а наприкінці — нижчі</p>
--	----------------	---

50

Продовження табл. 1

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
	Соціальна та емоційна	Через недавню зміну в організмі почуває себе незручно серед батьків та незнайомих, легко бентежиться у присутності сторонніх. Соромиться роздягатися перед дорослими або при розмовах про тіло, зріст та статевий розвиток. Найбільш відповідально ставиться до своєї поведінки. Часто супротивиться авторитету дорослих
	Пізнавальна	Логічно мислить. Має справу з абстрактними або конкретними поняттями. Думає про себе в особистому плані, планує майбутнє. Коли приймає рішення, розглядає альтернативи, що робить прийняття рішення значно складнішим. Починає сприймати себе більш розсудливо. Намагається змінити фізичний зовнішній вигляд. Часто вигадує ідеальний світ та ідеалізує себе. Легко розчаровується. Може ставити перед собою нереальні цілі
<p>6. <i>Молоді дорослі роки</i> (від 20 до 45 років). Для більшості ці роки сповнені починань: самостійне життя, окремо від батьків, кар'єра; сексуальні стосунки з можливим супутником життя, створення власної сім'ї</p>	Фізична	<p>До 23 років усі функції організму розвинені. Більшість жінок повністю сформовані до 17 років, близько 10 % — до 21 року. Більшість чоловіків сформовані повністю до 21 року і 10 % продовжують розвиватися до 23 років. Максимуму м'язова сила досягає між 25 і 30 роками, а далі починає зменшуватися. Найкраще дрібні рухові навички розвинені приблизно до 35 років, після починають згасати. Найгостріше почуття розвинені до 20 років, надалі вони також поступово згасають. У цьому віці людина найбільш здорова. Хворіє рідко. Видужує швидко. У жінок циклічно проходять дозрівання яйцеклітин і менструації. Найбільш активний дітородний період</p>
	Соціальна та емоційна	<p>Установлює тривалі та близькі взаємини з друзями і партнерами. Бере зобов'язання. Більшість чоловіків і жінок одружуються до 30 років. Більшість стають батьками. Деякі безплідні, а деякі добровільно не хочуть мати дітей</p>

51

Продовження табл. 1

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
	Пізнавальна	Ця сфера функціонує на більш високому рівні, ніж у дітей та юнацтва. Однак значна кількість молодих дорослих продовжують думати і сприймати світ подібно до представників попередньої стадії. Вони можуть поставити себе на місце іншої людини і уявити, як би вона себе почувала. Мають розвинені моральні устої
7. <i>Середні дорослі роки</i> (від 45 до 65 років). Людина в цьому віці відчуває задоволення від того, що розпочала у 20—30-річному віці. Її кар'єра перебуває на своїй вершині, діти підростають або вже піросли, фінансовий стан родини може дозволити відпочинок, а здоров'я і життєві сили ще не починають зменшуватися. Для багатьох людей середній дорослий вік — найкращі роки їхнього життя	Фізична	Може захворіти хронічною хворобою. Дехто відзначає, що труднощі зі здоров'ям зникли або стали менш проблематичними. Дещо втрачається здатність до рухливості, зменшуються фізична сила і координація рухів. Іноді людина відчуває труднощі зі сном або під час споживання окремої їжі. У жінок спостерігається клімакс між 45—55 роками. Репродуктивна функція (особливо у жінок) знижується
	Соціальна та емоційна	Починає відчувати неспокій перед старінням і усвідомлювати, що всі смертні. Відчуває найбільше задоволення від роботи. Коли діти підростають і залишають батьків, може бути пригніченою (частіше жінки), але інколи, навпаки, виникає відчуття задоволення від нової свободи
	Пізнавальна	Збільшує свої пізнавальні здібності і має високий інтелектуальний рівень. Може навчитися новому. Вважає, що це найбільш творчий період життя
8. <i>Літній вік</i> (65 років і більше). Більшість літніх людей ведуть здоровий, продуктивний спосіб життя (бути старим частіше стає небажаним, і мало хто хоче визнавати себе таким)	Фізична	Частіше хворіє на хронічні захворювання (артеріальна гіпертензія або інфаркт міокарда). Зазвичай достатньо здорова і продовжує нормальну фізичну діяльність. Відчуває зниження гостроти зору, втрату нічного зору, глибину та чіткість кольорового сприйняття. Відчуває деяку втрату гостроти слуху і зниження відчуття запаху і смаку. Має менше сил. Слабшає почуття рівноваги; схильна до нещасних випадків та падінь. Стає нижчою на зріст через деформацію хребта. Довше пристосовується до перепадів температури та інших кліматичних змін

52

Закінчення табл. 1

Стадія	Сфера змін	Характерні риси
--------	------------	-----------------

	Соціальна та емоційна	Може розцінювати старість як позитивне явище і відчувати енергію, продуктивність і творчість, які зростають, хоча негативне ставлення до них молодого покоління робить цей період доволі неприємним. Може мати сильне бажання наполягти на своєму і бути більш прихильною до вже знайомих об'єктів дії. Сильніше усвідомлювати час та життєвий цикл. Може бути менш упевненою та менш самолюбною через втрату близьких, посади, фізичних і почуттєвих здібностей. Може бути більш сформованою як особистість із визначеними цінностями. Виникає потреба в дружбі та інших взаєминах. Може відчувати потребу у спілкуванні з домашніми тваринами. Продовжує сексуальне життя, якщо була сексуально активною раніше
	Пізнавальна	Зазвичай зберігаються інтелектуальні здібності, хоча може переробляти інформацію не так швидко. Рішення приймає повільно. Може засвоювати нову інформацію і навички, але на це потребує багато часу. Може відчувати зниження пам'яті через різні зовнішні причини (приймання ліків і т. д.), а також фізичні або емоційні причини (погане харчування, депресія або хвороба)

Права пацієнта

Відомо, що за всіх часів практично в усьому світі лікар обстежував хворого і лікував його хворобу на власний розсуд (виступаючи ніби батьком пацієнта). Уважається, що в такому разі лікар і хворий є рівноправними особистостями. Незалежність пацієнта ґрунтується на його праві на інформацію про свій стан, план лікування, інформацію про методи дослідження; також визнається право пацієнта на збереження таємниці його захворювання. Під поінформованою згодою розуміють добровільне проходження пацієнтом курсу лікування і процедур після надання медичним працівником компетентної і адекватної інформації та одержання згоди. Компетентність — це здатність ухвалювати рішення.

Лікар зобов'язаний поінформувати пацієнта про:

- 1) характер і мету пропонованого йому лікування;
- 2) пов'язаний з ним ризик;

53

3) можливість альтернативи цьому виду лікування.

Основними принципами філософії сестринської справи є повага до життя, до гідності та прав людини.

Права людини в галузі охорони здоров'я стосуються як здорових людей, які не потребують медичної допомоги, так і осіб із певним захворюванням, що звертаються до закладів охорони здоров'я. Ці права у громадян є завжди, незалежно від наявності або відсутності у них захворювання і звернення до лікувально-профілактичних закладів.

Для набуття статусу пацієнта в людини мають виникнути реальні правові відносини з лікувально-профілактичним закладом незалежно від його форми власності, які ґрунтуються на зверненні особи до цього закладу за медичною допомогою або участі її в експерименті.

Основні права та обов'язки пацієнта (табл. 2)

Права пацієнта — це права особи, що вступила у взаємовідносини з медичним закладом, тобто особи, що звернулася за медичною допомогою.

Сьогодні наше законодавство намагається увести взаємовідносини лікаря і хворого в правові рамки, що відображено в Основах законодавства України про охорону здоров'я (далі —

Основи) Конституції України (КУ), Цивільному кодексі України (ЦКУ). Закон вимагає, щоб хворому повідомлялася правдива інформація про діагноз і прогноз, якими б тяжкими вони не були: "Кожний громадянин має право в доступній для нього формі одержати наявну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи відомості про результати обстеження, наявність захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування, пов'язаний із ним ризик, можливі варіанти медичного втручання, їхні наслідки і результати проведеного лікування"; "Необхідною попередньою умовою медичного втручання є поінформована добровільна згода громадянина".

Одним із принципів моделі поінформованої згоди є вимога повідомляти хворому абсолютну правду про його хворобу і про її наслідки.

Таблиця 2. Основні права та обов'язки пацієнта

Права/обов'язки	КУ	Основи	Законодавчі акти
Невід'ємне право на життя. Право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань	Ст. 27		Ст. 281 п. 1, 4 ЦКУ
Повага до гідності людини. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню			
	Ст.28		Ст. 297 ЦКУ

54

Продовження табл. 2

Права/обов'язки	КУ	Основи	Законодавчі акти
Повна поінформованість і добровільна згода на медико-біологічні експерименти. Жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідкам	Ст.28	Ст.45	Ст.281п.3 ЦКУ
Особиста недоторканність (поінформована згода на медичне втручання, відмова від медичного втручання, розпорядження щодо передачі після смерті органів та інших анатомічних матеріалів свого тіла науковим, медичним або навчальним закладам)	Ст.29	Ст.42,43	Ст.289ЦКУ
Достовірні і своєчасна інформація про стан здоров'я, ознайомлення з історією хвороби та іншими документами	Ст. 32, 34	Ст. 6, п. "є", 39	Ст. 285,302 ЦКУ
Вільний вибір лікаря, методів лікування та медичного закладу, вимога про заміну лікаря		Ст. 34,38	Ст. 284, ч. 2 ЦКУ
Лікування за кордоном у разі неможливості надання допомоги у закладах охорони здоров'я України		Ст.36	
Допущення інших медичних працівників, допущення членів сім'ї, піклувальника, допущення нотаріуса й адвоката		Ст. 6, п. "к"	Ст. 287, ч. 1 ЦКУ
Допущення священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду		Ст. 6, п. "к"	Ст. 287, ч. 2 ЦКУ
Усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю		Ст. 6, п. "в", "г"	Ст. 282 ЦКУ

Охорона здоров'я	Ст.49	Ст.6	Ст. 283 ЦКУ
Медична допомога	Ст.49	Ст. 6, п. "д"; 78, п. "а"	Ст. 284 ЦКУ
Таємниця про стан здоров'я (факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також відомості, одержані внаслідок медичного обстеження)	Ст. 32, 34	Ст. 39-1,40; ст. 78, п. "г"	Ст. 286 ЦКУ
Особисте життя та його таємниця. Ніхто не повинен зазнавати втручання в особисте і сімейне життя	Ст.32	Ст.40	Ст. 291,301 ЦКУ
Чуйне ставлення, дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників		Ст. 78, п. "г"	

55

Закінчення табл. 2

Права/обов'язки	КУ	Основи	Законодавчі акти
Медичне страхування	Ст.49		
Виконувати медичні приписи лікаря, своєчасно відвідувати його у разі амбулаторного спостереження		Ст.34	
Дотримувати правил внутрішнього розпорядку роботи закладу охорони здоров'я (при стаціонарному лікуванні)		Ст.34	
Дотримувати правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я (при стаціонарному лікуванні)	Ст.66		
Кожен зобов'язаний не завдавати шкоду природі			
Виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я		Ст. 10	
КУ — Конституція України ЦКУ — Цивільний кодекс України "Основи" — "Основи законодавства України про охорону здоров'я" ЗУ "Про донорство крові та її компонентів" від 23.06.1995 р. ЗУ "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" від 16.07.1999 р.			

Роль фахівця з догляду в захисті прав пацієнта

- Права мають бути захищені законом.
- Фахівці з догляду відіграють важливу роль у захисті прав людей.
- Захищаючи права пацієнта/підопічного, фахівець із догляду сам повинен поводитися морально.
- У ситуації, коли необхідно прийняти рішення про те, яка поведінка є правильною, а яка неправильною, для вибору морального варіанта дії фахівці з догляду можуть керуватися принципами догляду (табл. 3).

56

Таблиця 3. Методи захисту прав пацієнта

Права пацієнта	Методи захисту
----------------	----------------

Люди мають право знати, скільки буде коштувати медичне обслуговування (у разі добровільного медичного страхування)	<ul style="list-style-type: none"> • Направте підопічного до фахівців, що нададуть йому інформацію про витрати на медичне обслуговування. • Надайте будь-яку наявну довідкову літературу про вартість медичного обслуговування
Люди мають право знати про стан свого здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • Заохочуйте підопічних розмовляти з медсестрою чи лікарем і ставити конкретні запитання, які стосуються стану їхнього здоров'я
Підопічні мають право вибирати людей, що здійснюють за ними догляд	<ul style="list-style-type: none"> • Перекажіть адміністрації висловлені вашим підопічним побажання. • Забезпечуйте послідовний догляд
Люди мають право брати участь у плануванні догляду і лікування	<ul style="list-style-type: none"> • Залучайте підопічного і членів його родини до складання плану догляду. • Пам'ятайте, що підопічний є "капітаном" команди з догляду
Люди мають право на задоволення своїх потреб	<ul style="list-style-type: none"> • Робіть усе від вас залежне для задоволення будь-яких потреб підопічного. • Переказуйте іншим співробітникам інформацію про потреби вашого підопічного
Люди мають право подати скаргу	<ul style="list-style-type: none"> • Переказуйте іншим співробітникам повідомлення про будь-яку скаргу. • Для задоволення потреб підопічного змініть методи догляду
Люди мають право на захист від образ	<ul style="list-style-type: none"> • Ніколи не чиніть нічого такого, що може завдати людині фізичної чи емоційної травми
Люди мають право не піддаватися методам утримання	<ul style="list-style-type: none"> • Ніколи не використовуйте фізичні засоби обмеження рухової активності чи утримання без вказівки лікаря
Люди мають право на те, щоб до них ставилися з повагою	<ul style="list-style-type: none"> • Запитуйте у вашого підопічного дозволу на те, щоб надати йому догляд. • По можливості залучайте підопічного до самогляду за собою
Люди мають право на конфіденційність	<ul style="list-style-type: none"> • Запитуйте в підопічного дозволу перш, ніж увійти до його кімнати. • При виконанні будь-яких процедур укрийте його ковдрою, тримайте фрамуги чи двері закритими

57

Закінчення табл. 3

Права пацієнта	Методи захисту
Люди мають право на керування власними фінансовими справами	<ul style="list-style-type: none"> • Ніколи не беріть грошей у людей, за якими ви доглядаєте. • Ніколи не обговорюйте з іншими людьми фінансові справи вашого підопічного
Люди мають право на відправлення й отримання кореспонденції	<ul style="list-style-type: none"> • Вчасно приносьте вашим підопічним поштову кореспонденцію. • Якщо ситуація цього вимагає, запропонуйте підопічному допомогти відкрити чи прочитати пошту

Люди мають право на волю віросповідання	<ul style="list-style-type: none"> Допомагайте підопічному дістатися до місця проведення релігійної служби. Читайте йому релігійну літературу чи викликайте священнослужителя, якщо підопічний звертається до вас із таким проханням
Люди мають право користуватися своїм одягом і речами	<ul style="list-style-type: none"> Щодня допомагайте підопічному вдягатися, вибираючи предмети одягу за його бажанням. Пам'ятайте, що людина, яка перебуває під вашою опікою, дуже прихилиста до своєї домівки й особистих речей. Повідомляйте рідним вашого підопічного про те, що він нудьгує
Люди мають право залишитись наодинці з партнером (дружиною)	<ul style="list-style-type: none"> Надайте людині можливість побути наодинці, якщо вона того побажає. Плануйте догляд таким чином, щоб не заважати відвідуванням
Люди мають право на відмову від сестринського обслуговування чи лікування	<ul style="list-style-type: none"> Запитайте дозволу в підопічного прийти іншого разу, якщо він не хоче, щоб за ним у цей момент проводився догляд

58

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ЗАХИСТ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ У ЄВРОПІ

(основні положення) Прийнята в 1994 р. Європейським регіональним бюро ВООЗ

Права пацієнтів	
1. Права людини та цінності в області охорони здоров'я	4. Нерозголошення та зберігання таємниць
1.1 Кожен має право на увагу до його особи як людини	4.1 Уся інформація стосовно стану здоров'я пацієнта, медичних обставин, діагнозу, прогнозу, лікування має зберігатись у таємниці, навіть після смерті хворого
1.2 Кожен має право на фізичну та психічну недоторканість	
1.3 Кожен має право на повагу до його приватного життя	
1.4 Кожен має право на особисту мораль, культурні цінності, повагу до релігійних та філософських переконань	
	4.2 Пацієнт має право ознайомитись із медичними матеріалами та записами стосовно його діагнозу, лікування та догляду і отримати копії цих документів
	2. Інформація
2.1 Інформація про діяльність служб охорони здоров'я має бути доступною кожному	4.3 Пацієнт має право вимагати виправлення, закреслення, пояснення особистих та медичних даних, які є неточними, неповними, не відповідають сьогоденню чи ніяк не стосуються діагнозу, пропонують їм індивідуальний догляд та лікування
2.2 Пацієнти мають право на повну поінформованість про їхній стан здоров'я, запропоновані медичні процедури з можливим ризиком та користю кожної процедури, а також про діагноз, прогноз і мету лікування	
2.3 Інформація може бути прихована від пацієнта тільки тоді, коли вона може завдати серйозної шкоди	
	5. Догляд та лікування
	5.1 Кожен має право отримати таку медичну допомогу, яка відповідала

2.4	При поступленні в заклад охорони здоров'я пацієнт має право отримати відомості про професійний статус осіб, які надають медичну допомогу, здійснюють догляд за ним, та про правила, яких він повинен дотримувати під час свого лікування	би його потребам в охороні здоров'я, включаючи профілактичну допомогу та заходи щодо зміцнення здоров'я. Медичні послуги мають бути доступними всім без встановлення розмежування
2.5	Пацієнту має надаватись можливість звертатися із запитом та отримувати письмове коротке викладення його діагнозу, лікування та догляду при виписуванні із лікувального закладу	
5.2	Пацієнти мають право на високоякісну та водночас гуманну медичну допомогу	

59

Права пацієнтів			
	3. Згода	5.3	Пацієнти мають право вибирати та змінювати свого лікаря чи іншу особу, яка надає медичну допомогу, або медичний заклад при умові, що це вкладається в рамки чинної системи охорони здоров'я
3.1	Усвідомлена згода пацієнта є передумовою будь-якого медичного втручання		
3.2	Пацієнт має право відмовитись від медичного втручання, але слід йому пояснити значення цієї відмови		
3.3	Якщо медичне втручання термінове, воно може бути здійснено без згоди особи	5.4	Сестринська допомога, яка надається людині, його родичам, друзям чи знайомим, дає змогу пацієнтам, інвалідам перебувати вдома та економити свої кошти. Цей вид заохочує до турботливого ставлення людей одне до одного
3.4	Усвідомлена згода пацієнта необхідна для участі його при навчанні клінічній практиці		
3.5	Усвідомлена згода пацієнта є передумовою для участі його в наукових дослідженнях		

Правова і юридична база сестринської справи

Правова і юридична база сестринської справи забезпечується основними законами й нормативними актами. Ці знання й уміле їх застосування сприяють запобіганню правопорушенням з боку медичних працівників і конфліктам із пацієнтами.

Основою правової і юридичної бази сестринської справи є:

- 1) **загальні питання** правового й медичного законодавства. До них належать питання правовідносин, юридичні поняття, такі як *злочин, провина, обґрунтований ризик* тощо. Розглядаються офіційні документи, закони України та міжнародного права;
- 2) **основи законодавства України** про охорону здоров'я, допуск до медичної діяльності, атестацію, сертифікацію, акредитацію і ліцензування медичних закладів і працівників. Визначаються право на приватну медичну діяльність, відповідальність за завдання шкоди здоров'ю, а також правовий і соціальний захист медпрацівників;
- 3) **трудове законодавство України** і діяльність медичних працівників: висновок трудової угоди, визначення робочого часу, відповідальності за порушення трудової дисципліни, вирішення трудових суперечок;
- 4) **цивільне законодавство України** і діяльність медичних працівників розглядає питання прав і обов'язків медичних працівників, відповідальності за завдану шкоду здоров'ю, моральну шкоду;
- 5) **адміністративне законодавство** і відповідальність медичних працівників за порушення, скоєні ними при виконанні професійних обов'язків;
- 6) **карне законодавство** й відповідальність медичних працівників за злочини, скоєні ними при виконанні професійних обов'язків: необережне заподіяння тяжкої і середнього ступеня тяжкості шкоди здоров'ю: зараження ВІЛ, кри-

мінальний аборт, ненадання допомоги хворому, відмова громадянину в наданні інформації, злочин проти безпеки, порушення санітарно-протиепідемічного режиму, правил поводження з біологічними агентами (кров'ю та ін.), посадові злочини (хабарництво, недбалість тощо);

7) правова відповідальність за лікування, помилки, правопорушення в галузі охорони здоров'я. До них належать: відсутність загальної культури, неухважність, безтактність, необережність у висловлюваннях, ознайомлення сторонніх осіб з історією хвороби пацієнтів, незнання основ медичної психології та ін.

Увесь комплекс правової і юридичної бази сестринської справи спрямований на створення умов збереження здоров'я населення, забезпечення високої якості сестринської допомоги, законного захисту особистої гідності пацієнта і медичної сестри.

Загальні питання юридичної відповідальності медичних працівників

Одним із важливих питань у галузі охорони здоров'я є юридична відповідальність за правопорушення.

Юридична відповідальність медичного працівника за професійне правопорушення означає застосування до особи, яка вчинила правопорушення при виконанні професійних обов'язків, заходів державного примусу, передбачених правовими нормами, що супроводжуються певними втратами для винного особистого, організаційного чи майнового характеру.

В Україні тривалий час мова йшла переважно про кримінально-правові методи впливу на правопорушників у сфері медицини. Прийняття нового Цивільного кодексу України, розвиток законодавства про охорону здоров'я, формування судової практики у справах про притягнення до відповідальності медичних працівників свідчить про наявність чотирьох принципово різних видів відповідальності медичних працівників за скоєні¹ правопорушення — *кримінальної; цивільної (майнової); адміністративної; дисциплінарної*.

Усі людські вчинки умовно можна поділити на суспільно корисні та шкідливі. Будь-який вчинок, що суперечить встановленим і схваленим суспільством правилам, завдає шкоди іншим людям, є викликом суспільству, порушує нормальні умови існування людини і суспільства. Суспільно корисні вчинки узгоджуються з нормами права, а суспільно шкідливі зазвичай є порушенням правових норм. Протиправна поведінка є антиподом правомірної поведінки і породжує правопорушення.

Пропорушення — це суспільно шкідливий протиправний вчинок, скоєння якого передбачає юридичну відповідальність. Щоб встановити, чи є конкретний вчинок або поведінка правопорушенням, необхідно проаналізувати склад правопорушення, тобто передбачені нормами права ознаки, за наявності яких скоєне визнається правопорушенням. Залежно від ступеня суспільної небезпеки всі правопорушення поділяють на злочини і проступки (провину). Злочинами визнаються правопорушення, передбачені Кримінальним кодексом.

61

Підставою для юридичної відповідальності є правопорушення, тобто дія або бездіяльність, вчинені суб'єктом (дієздатною особою) усупереч встановленому в суспільстві правопорядку; наявність у діях суб'єкта складу правопорушення.

Юридична відповідальність — це вжиття щодо винної особи заходів державного примусу за вчинення правопорушення (наприклад, призначення кримінального покарання за скоєння злочину, штрафу — за адміністративний проступок, притягнення до дисциплінарної відповідальності — за порушення трудової дисципліни тощо).

Законодавством України встановлено такі види юридичної відповідальності:

- 1) кримінальна (найсуворіший вид відповідальності);
- 2) адміністративна;
- 3) цивільно-правова;
- 4) матеріальна;
- 5) дисциплінарна.

Існує також конституційна відповідальність (імпічмент президента, відповідальність народного депутата за порушення депутатських обов'язків) і кримінально-процесуальна відповідальність (заміна підписки про невиїзд на арешт).

Розрізняють такі види кримінальних професійних правопорушень:

- 1) злочини проти життя і здоров'я особистості;
- 2) злочини проти здоров'я населення;
- 3) посадові злочини;
- 4) господарські злочини.

До групи злочинів проти здоров'я й особистості включено:

- 1) ненадання допомоги хворому;
- 2) незаконне проведення абортів;
- 3) навмисне або необережне ушкодження;
- 4) навмисне або необережне вбивство.

Законодавство України, а також відомчі нормативні акти Міністерства охорони здоров'я зобов'язують медичних працівників надавати медичну допомогу особам, які постраждали від нещасних випадків або раптово занедужали, у будь-яку годину і в будь-якому місці.

Відповідальність за ненадання медичної допомоги хворому медичним працівником передбачено в ст. 13 КК України: "Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, зобов'язаним згідно з установленими правилами надавати таку допомогу, якщо йому свідомо відомо, що це може спричинити тяжкі наслідки для хворого, — карається штрафом від 50 неоподатковуваних податком мінімумів доходів громадян з позбавленням права займати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років". Така сама дія, якщо вона спричинила смерть хворого або тяжкі наслідки, карається обмеженням волі на термін до 4 років або позбавленням волі на строк до 3 років із позбавленням права займати певні посади або займатися певною діяльністю на термін до 3 років або без такого.

62

Ст. 13 КК України передбачає відповідальність не тільки лікарів, й інших медичних працівників — середнього медичного персоналу і т. д. Ненадання медичної допомоги хворому виражається в тому, що лікар або інший медичний працівник не виконує в конкретних умовах дії, спрямовані на порятунок життя або полегшення страждань хворого. Це можуть бути дії як безпосередньо медичного характеру (зупинка кровотечі, штучне дихання, введення медикаментозних засобів і т. д.), так і транспортування в лікувальний заклад, виклик швидкої допомоги і т. д.

Поважними причинами ненадання медичної допомоги можуть бути: хвороба або тяжкий стан медичного працівника, неможливість у момент виклику залишити іншого тяжкохворого.

Неповажними причинами ненадання медичної допомоги вважаються відмова лікаря в нічну годину скористатися наданим транспортом або його посилення на відсутність знань у тій або тій галузі медицини.

До кримінальної відповідальності медичні працівники також можуть бути притягнуті за наслідки, зумовлені порушенням професійних обов'язків. До таких наслідків належать смерть хворого, заподіяння шкоди хворому у вигляді ушкоджень різного ступеня тяжкості. Якщо наслідком протиправних дій лікаря при виконанні ним професійних обов'язків є смерть хворого, лікар може бути притягнутий до відповідальності за ст. 115 (навмисне вбивство), ст. 119 (убивство з необережності). Якщо ж наслідки неправомірних дій лікаря обмежуються різним ступенем шкоди здоров'ю, лікар відповідає за навмисне або необережне заподіяння тяжких, середньої тяжкості або легких тілесних ушкоджень (ст. 121, 122, 125).

Відповідальність за навмисне або необережне вбивство, а також за завдання тілесних ушкоджень може настати внаслідок незаконного застосування деяких нових методів діагностики і лікування. У медичній практиці допускається застосування тільки таких методів діагностики, лікування й профілактики, які дозволені Міністерством охорони здоров'я України. В інтересах хворого і з його згоди лікар може застосовувати нові, науково

обґрунтовані, але ще не поширені методи лікування, діагностики, а також нові лікарські засоби.

Слід зазначити, що протиправні дії медичного працівника, що виходять за межі його повноважень, найчастіше завдають фізичну шкоду громадянам, тобто збиток здоров'ю. У ст. 367 КК України дається визначення недбалості: "невиконання або неналежне виконання посадовою особою своїх службових обов'язків унаслідок несумлінного ставлення до них, що заподіяло істотну шкоду охоронюваним законом правам, свободі й інтересам окремих громадян...". Стосовно медичних працівників це дії, які призвели до смерті хворого або шкоди здоров'ю людини (тяжкої і середньої тяжкості) унаслідок неналежного виконання своїх професійних обов'язків (недостатнє

63

обстеження хворих і невиконання спеціальних діагностичних досліджень, недбалі догляд і спостереження за дітьми, несвоєчасна госпіталізація або передчасне виписування, недостатня підготовка і недбале виконання хірургічних операцій та інших лікувальних заходів, недостатня організація лікувального процесу, недотримання і порушення різних медичних інструкцій і правил та ін.).

Службова підробка — це внесення посадовою особою в офіційні документи свідомо неправдивих відомостей, інша підробка документів, складання і видача свідомо неправильних документів (ст. 366 КК України).

Відносно медичних працівників такими документами можуть бути історії хвороби, медична картка, амбулаторний журнал, різні медичні довідки тощо.

Адміністративним правопорушенням (проступком) визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність (табл. 4).

Адміністративній відповідальності підлягають особи, які досягли на момент скоєння адміністративного правопорушення 16-річного віку.

Таблиця 4. Адміністративні правопорушення в галузі охорони здоров'я населення

№з/п	Адміністративні проступки
1	Порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм
2	Виробництво, заготівля, реалізація сільськогосподарської продукції, що містить засоби захисту рослин, стимулятори їхнього росту, мінеральні добрива та інші хімічні препарати понад гранично допустимі рівні
3	Заготівля, перероблення з метою збуту або збут продуктів харчування чи іншої продукції, радіоактивно забруднених понад гранично допустимі рівні за відсутності ознак діяння, передбаченого Кримінальним кодексом України
4	Виробництво, зберігання, транспортування або реалізація продуктів харчування чи продовольчої сировини, забруднених патогенними мікроорганізмами, іншими біологічними агентами, біологічно активними речовинами та продуктами біотехнологій понад гранично допустимі рівні
5	Незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин у невеликих розмірах без мети збуту. Особа, що добровільно здала наркотичні засоби або психотропні речовини, що були у неї в невеликих розмірах або які вона виробила, виготовила, придбала, зберігала, перевозила, пересилала без мети збуту, звільняється від адміністративної відповідальності. <i>Примітка.</i> Невеликий розмір партії наркотичних засобів і психотропних речовин визначається спеціально уповноваженим органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я

64

Закінчення табл. 4

№з/п	Адміністративні проступки
6	Ухилення особи, хворої на наркоманію, від медичного огляду щодо наркотичного сп'яніння. Ухилення особи, яка зловживає наркотичними засобами або психотропними речовинами, від медичного обстеження
7	Ухилення від обстеження осіб із венеричною хворобою або від лікування осіб, які мали контакт із хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування, і повторне ухилення після попередження органами охорони здоров'я
8	Порушення встановленого порядку взяття, перероблення, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів, порядку контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервувальних розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів
9	Умисне приховування хворими на венеричну хворобу джерела зараження та осіб, які контактували з ними
10	Порушення вимог режиму радіаційної безпеки у спеціально визначеній зоні радіаційного забруднення, що виражається у проникненні в цю зону без дозволу відповідних органів або самовільному поселенні у ній, або знищенні, пошкодженні чи перенесенні знаків радіаційного забруднення або огорожі зазначеної зони
11	Порушення встановлених законодавством вимог щодо заняття народною медициною (цілительством)

Лікарська таємниця

Питання про лікарську таємницю давно відоме. Ще за часів Гіппократа лікарі присягалися зберігати лікарську таємницю: "Щоб при лікуванні, а також і без лікування, я не побачив і не почув про життя людини, чого не слід коли-небудь розголошувати, я мовчатиму, вважаючи такі речі таємницею".

Під лікарською таємницею розуміють відомості про хворого (табл. 5):

- 1) отримані медичним працівником від хворого або в процесі лікування, які не слід розголошувати іншим особам;
- 2) ті, що лікар не повинен повідомляти хворому (наприклад, назву хвороби, несприятливий прогноз).

Таблиця 5. Основні об'єкти лікарської таємниці

№з/п

Відомості про хворого

1

Відомості про стан здоров'я пацієнта (наявність в особи психічного розладу, лікування у психіатричному закладі, перебування у психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, інші відомості про стан психічного здоров'я)

Відомості про хворобу

65

Закінчення табл. 5

№з/п	Відомості про хворого
3	Відомості про діагноз
4	Відомості, одержані при медичному дослідженні (зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом, проведення медичного огляду і обстеження з цього приводу, дані інтимного характеру, дані про наявність або відсутність ВІЛ-інфекції)
5	Відомості про факт звернення за медичною допомогою (звернення по психіатричну допомогу)
6	Відомості про огляд та його результати
7	Відомості про методи лікування
8	Відомості про інтимне і сімейне життя

Об'єктивний процес інтеграції медицини в інші галузі суспільних відносин зумовлює постійне розширення переліку осіб, які через свої професійні обов'язки мають доступ до медичних даних і на яких покладається обов'язок зберігати в таємниці відомості про хворого. Відповідно до ст. 145 КК України "Незаконне розголошення лікарської таємниці", суб'єктом злочину є медичні працівники та інші особи, у тому числі службові, яким відповідна інформація стала відома у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків. Для кваліфікації злочину не має значення, чи була така інформація довірена особі (надана за обліковим документом), чи стала відома за інших обставин (навіть і випадково, але у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків — лікаря, адвоката, нотаріуса, вихователя, спеціаліста-психолога тощо).

Отже, можна визначити коло осіб, які є *основними суб'єктами* збереження лікарської таємниці:

1) медичні працівники:

а) із вищою медичною або фармацевтичною освітою (лікарі, провізори);

б) із середньою медичною або фармацевтичною освітою (фельдшери, медичні сестри, фармацевти);

в) молодший медичний персонал (санітари, няньки);

2) посадові особи органів управління охорони здоров'я (головні лікарі, керівники структурних підрозділів міністерства та ін.);

3) студенти вищих та середніх медичних закладів освіти;

4) немедичний персонал лікувально-профілактичного закладу (працівники кадрових, юридичних, фінансових, господарських служб тощо);

5) працівники страхових організацій;

б) співробітники судових і правоохоронних органів, яким стала відома інформація, що становить лікарську таємницю.

Цілком очевидно, що всі види взаємин лікаря і хворого, лікаря і колективу, які входять у поняття лікарської таємниці, не можуть регламентуватися

66

правовими нормами. Часом вони стають предметом лише моральної оцінки. Часто лише совість лікаря та його тактовність можуть підказати, розголошувати таємницю чи ні. Деякі лікарі вважають, що пацієнтові (на його прохання) можна сповіщати про тяжкість хвороби. Аргументують це тим, що лікар, замовчуючи про тяжкий стан або загрозу смерті, бере на себе відповідальність за матеріальні і духовні наслідки, наприклад, правом наслідування можуть скористатися не ті особи, яких хворий хотів би бачити спадкоємцями. Тому рівень поінформованості пацієнта про стан його здоров'я залежить від розвитку й особливостей його психічного стану. Спокійна, врівноважена, вольова людина, знаючи правду про стан свого здоров'я, може бути помічником лікаря, а боягузлива лише перешкоджає лікуванню.

Одним із ключових питань взаємодії медицини і права практично завжди є лікарська таємниця, якої під час проведення лікування медичні працівники мають дотримувати. У ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я ідеться про те, що "медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимне і сімейне життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, у навчальному процесі, науково-дослідній роботі, у тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі має бути забезпечена анонімність пацієнта".

Догляд за пацієнтом як лікувальний чинник

Догляд за хворими (гіпургія) — це комплекс заходів, спрямованих на полегшення стану хворого і забезпечення успіху лікування. Догляд за хворими передбачає такі заходи: 1) створення гігієнічного оточення; 2) виконання призначень лікаря; 3) проведення

різноманітних лікувальних процедур (накладання гірчичників, поставлення банок та ін.); 4) надання допомоги під час їди, при фізіологічних відправленнях; 5) профілактика ускладнень, що можуть виникнути внаслідок незадовільного догляду за тяжкохворими (пролежнів, гіпостатичної пневмонії тощо); 6) проведення діагностичних маніпуляцій (збирання сечі, калу, дуоденального та шлункового вмісту); 7) спостереження за функціонуванням усіх органів і систем організму; 8) надання першої медичної (долікарської) допомоги (промивання шлунка, допомога при блюванні, запамороченні, штучне дихання, непрямий масаж серця тощо); 9) полегшення страждань хворого, заспокоєння, підбадьорювання, навіювання віри в одужання; 10) ведення медичної документації.

Сестринський персонал зобов'язаний дотримувати правил, а також моральних і етичних норм стосовно пацієнтів, не завдаючи шкоди і використовуючи шість принципів догляду (табл. 6).

67

Таблиця 6. Догляд за пацієнтом

Принципи догляду	Заходи догляду
Безпека	Забезпечення умов запобігання нещасним випадкам і травмам
Конфіденційність	Запобігання умовам, за яких сторонні люди можуть почути які-небудь приватні розмови пацієнта, побачити процес догляду, виконання ним гігієнічних процедур і т. п.
Повага (підтримка почуття гідності)	Створення умов, за яких підтримується особиста гідність людей
Спілкування	Здатність у будь-якій ситуації знаходити час для того, щоб вислухати пацієнта чи поговорити з ним, заохотити його ділитися думками і почуттями
Незалежність	Заохочення кожного пацієнта бути максимально самостійним
Забезпечення інфекційної безпеки	Запобігання поширенню патогенних мікроорганізмів

Рекомендації медичної сестри щодо догляду:

- запитуйте пацієнтів про те, як вони почуваються;
- намагайтеся вислуховувати їх уважно і до кінця;
- сприймайте їхні почуття серйозно;
- спробуйте довідатися, хто міг би полегшити їхнє становище;
- будьте терплячі і добрі незалежно від того, як поведуться пацієнти та їхні рідні;
- допомагайте пацієнтам якнайбільше дій виконувати самостійно;
- залучайте їх до діяльності, що може допомогти їм розслабитися чи від якої вони можуть одержати задоволення;
- надайте їм можливість побути на самоті, якщо вони цього потребують;
- якщо вони мають потребу в компанії, проведіть з ними якийсь час (приклад — здійснення догляду в домашніх умовах).

68

Основні потреби людини

Поняття потреби

Нормальна життєдіяльність людини як суспільної істоти, яка є цілісною, динамічною, саморегулювальною біологічною системою, забезпечується сукупністю біологічних, психосоціальних і духовних потреб. Задоволення цих потреб визначає ріст, розвиток, гармонію людину з навколишнім середовищем.

Життєдіяльність людини залежить від багатьох факторів, які впорядковані в часі та просторі і підтримуються системами життєзабезпечення організму в умовах навколишнього середовища.

Потреба — це усвідомлений психологічний або фізіологічний дефіцит чого-небудь, відображений у сприйнятті людини, який вона відчуває протягом усього свого життя. Російські вчені П.В. Сімонов і П.М. Єршов встановили, що умови існування організму в мінливому навколишньому середовищі спонукають потреби. Потреби супроводжуються емоціями. Емоції — це індикатори потреб. Вони можуть бути позитивними і негативними щодо задоволення потреб.

П.В. Сімонов і П.М. Єршов усі потреби розділили на три групи:

- 1) вітальні (потреба жити й забезпечувати своє життя);
- 2) соціальні (потреба зайняти певне місце в суспільстві);
- 3) пізнавальні (потреба пізнавати зовнішній і внутрішній світ).

Сутність теорії потреб А. Маслоу. Характеристика основних потреб людини

Американський психофізіолог російського походження А. Маслоу у 1943 р. виділив 14 основних потреб людини і розташував їх відповідно до п'ятих щаблів (мал. 2). За його теорією, що визначає поведінку людини, одні потреби для людини суттєвіші за інші. Це дало змогу класифікувати їх за ієрархічною системою — від фізіологічних потреб до потреб у самовираженні. Розташувавши потреби людини у вигляді піраміди, А. Маслоу показав, що, не задовольнивши, фізіологічні потреби — потреби найнижчого щабля піраміди, не можна задовольнити вищі потреби.

I. Фізіологічні потреби — це найнижчі потреби, керовані органами тіла (дихати, харчуватися, потреба у самозахисті, сексуальна потреба).

II. Потреби в надійності — прагнення до матеріальної надійності, здоров'я, забезпечення старості та ін.

III. Соціальні потреби. Задоволення цих потреб суб'єктивні, їх важко описати. Одну людину задовольняють далеко не всі контакти з іншими людьми, в іншій людині ця потреба в спілкуванні виражена дуже сильно.

IV. Потреба в повазі, усвідомленні власної гідності. Мова йде про повагу, престиж, соціальний успіх. Навряд чи ці потреби задовольняються окремою особою, для цього потрібні групи людей.

V. Потреба в розвитку особистості, у самореалізації, самоактуалізації, осмисленні свого призначення у світі.

69

V РІВЕНЬ —

ПОТРЕБИ У

САМОВИРАЖЕННІ

IV РІВЕНЬ — ПОТРЕБИ В

ДОСЯГНЕННІ УСПІХУ Потреби у повазі та самоповазі

III РІВЕНЬ — СОЦІАЛЬНІ ПОТРЕБИ

Потреби в родині, друзях, у спілкуванні

II РІВЕНЬ — БЕЗПЕКИ Потреби в надійності, у певності

I РІВЕНЬ — ВИЖИВАННЯ Потреби основні — фізіологічні

Мал. 2. Піраміда потреб людини за А. Маслоу

Ієрархія потреб (щаблі розвитку) за А. Маслоу

Життя, здоров'я, щастя людини залежать від задоволення потреб у їжі, повітрі, сні тощо. Ці потреби людина самостійно задовольняє протягом усього життя. Забезпечуються вони функцією різних органів і систем організму. Захворювання, яке спричинює порушення функції того чи того органа, тієї чи тієї системи, стає на заваді задоволенню потреб, призводить до дискомфорту.

Перший рівень потреб людини — основні, тобто фізіологічні потреби. Потреби виживання

Щоб жити, людині необхідно задовольняти фізіологічні потреби в повітрі, їжі, воді, сні, виділенні продуктів життєдіяльності, у можливості рухатися, спілкуватися з оточенням, відчувати дотик і задовольняти статевий потяг.

Потреба дихати забезпечує постійний газообмін між клітинами організму і навколишнім середовищем. Це одна з основних фізіологічних потреб людини. Дихання і життя — поняття нероздільні.

У разі нестачі кисню дихання стає частим і поверхневим, з'являються задишка, кашель. Тривале зменшення концентрації кисню в тканинах призводить до *ціанозу* (*синюшного відтінку*) шкіри і видимих слизових оболонок. Людина, задовольняючи цю потребу, підтримує необхідний для життя газовий склад крові. Реалізація цієї потреби має стати для медичного працівника пріоритетним завданням.

70

Потреба в їжі. Раціональне й адекватне харчування дає змогу виключити фактори ризику багатьох захворювань. Наприклад ішемічна хвороба серця зумовлена регулярним споживанням тваринних жирів і холестерину. Споживання великої кількості круп і рослинних волокон знижує ризик розвитку раку товстої кишки, білка — сприяє загоєнню ран.

Медичний працівник повинен дати рекомендації щодо раціонального й адекватного харчування для задоволення потреби в їжі.

Рекомендовано: щодня вживати фрукти й овочі, каші, кисломолочні продукти, знежирені м'ясо, рибу, птицю, мінімальну кількість вершкового масла, вершків.

Обмежити: уживання яєчних жовтків, цукру, солодоців, солі, спиртних напоїв.

Страви мають бути варені, тушковані, печені, але не смажені.

Необхідно пам'ятати, що незадоволена потреба в їжі призводить до порушення здоров'я людини.

Потреба в питті. Для підтримки водного балансу необхідно вживати 1,5—2 л рідини щодня: вода, кава, чай, молоко, суп, фрукти, овочі. Така кількість відновлює втрати рідини у вигляді виділень сечі, калу, поту, випарів під час дихання. У разі недостатності рідини в організмі з'являються ознаки зневоднення, тому що всі процеси обміну речовин в організмі перебігають на клітинному рівні у водних розчинах. При надлишку рідини виникають набряки. Уміння медичної сестри передбачити небезпеку зневоднення або утворення набряків забезпечує уникнення багатьох ускладнень.

Потреба виділяти продукти життєдіяльності. Задоволення видільної потреби забезпечується функціями сечової і травної систем, а також шкіри й органів дихання. Виведення продуктів життєдіяльності, шлаків, шкідливих для організму речовин відбувається при задоволенні цієї потреби. Багато пацієнтів вважають процес виділення продуктів життєдіяльності інтимним і воліють не обговорювати ці питання. При задоволенні потреби медична сестра повинна забезпечити пацієнтові можливість усамітнитися, поважати його право на конфіденційність.

Потреба у сні, відпочинку. У разі недосипання зменшується рівень глюкози в крові, погіршується живлення мозку й уповільнюються розумові процеси; знижується увага, погіршується короткочасна пам'ять, виснажується нервова система, порушується функціональний стан організму. Дослідження, проведені американськими фахівцями, свідчать, що в людини, яка не спала півночі, удвічі зменшується кількість клітин крові, відповідальних за фагоцитоз. Хворій людині сон потрібніший, оскільки він сприяє поліпшенню самопочуття. Незважаючи на те що сприйнятливості людини до зовнішніх подразників під час сну знижена, це досить активний стан. У результаті досліджень виділено кілька стадій сну.

Стадія I — повільний сон. Легкий сон, що триває кілька хвилин. У цій стадії відбувається зниження фізіологічної активності організму і поступове

71

послаблення діяльності життєво важливих органів, обміну речовин. Людину можна легко розбудити. Але якщо сон не переривається, то за 15 хв настає II стадія.

Стадія II — повільний сон. Неглибокий сон, триває 10—20 хв. Життєві функції продовжують слабшати, настає повне розслаблення. Розбудити людину важко.

Стадія III — повільний сон. Стадія найглибшого сну, що триває 15—30 хв. Розбудити сплячого важко. Триває ослаблення життєво важливих функцій.

Стадія IV — повільний сон. Глибокий сон, що триває 15—30 хв. Розбудити сплячого дуже важко. У цій фазі відбувається відновлення фізичних сил. Життєво важливі функції виражені набагато слабше, ніж у період неспання.

Слідом за IV стадією знову настають III і II стадії, після чого — V стадія.

Стадія V — швидкий сон. Можливі яскраві, кольорові сновидіння за 50—90 хв після I стадії. Спостерігаються швидкі рухи очей, зміна частоти серцебиття і дихання, а також підвищення чи коливання артеріального тиску. Знижується тонус скелетних м'язів. У цій фазі відновлюються психічні функції людини, розбудити сплячого дуже важко. Тривалість цієї стадії — близько 20 хв.

Після V стадії на короткий період настають IV, III, II стадії, потім знову III, IV і V стадії, тобто починається наступний цикл сну.

На сон людини можуть впливати кілька факторів: фізичне нездужання, лікарські засоби, наркотичні речовини, спосіб життя, емоційний стрес, навколишнє середовище і фізичне навантаження. Будь-яке захворювання, що супроводжується болем, фізичним нездужанням, тривогою і депресією, призводить до порушення сну.

Медична сестра повинна ознайомити пацієнта з дією призначених лікарських засобів і їхнім впливом на сон.

Відпочинок — стан зниженої фізичної і психічної активності. Відпочивати можна не тільки лежачи на дивані, а й під час тривалої прогулянки, читання книг або виконання спеціальних релаксаційних вправ. У лікувальному заході відпочинку може завадити шум, яскраве світло, присутність інших людей.

Знання необхідності відпочинку і сну для життєдіяльності людини, стадій сну і можливих причин порушення звичних функцій людського організму дадуть можливість медсестрі надати пацієнтові якісну допомогу і задовольнити доступними їй засобами його потреби уві сні.

Порушуються сон і відпочинок за наявності факторів ризику, що впливають на потребу спати, відпочивати.

До факторів ризику належать:

- відсутність відпочинку протягом дня;
- самотність;
- погані стосунки у родині;
- задуха;
- несвоєчасність медичної допомоги. Її низька якість;

72

- стресові ситуації;
- біль і т. п.

До порушень сну відносять:

- переривчастий сон;
- швидке пробудження;
- засинання під ранок;
- безсоння, коли пацієнт взагалі не може заснути протягом доби або більше. При об'єктивному дослідженні медична сестра звертає увагу на такі ознаки:
 - зовнішній вигляд пацієнта (швидка стомлюваність, хронічна втома);
 - вираз обличчя (бідна міміка, застиглий погляд);
 - позіхання і т. і.

Оцінюючи психічний стан пацієнта, його поведінку, медична сестра звертає увагу, чи орієнтується пацієнт у часі, просторі, власній особистості, робить висновки про емоційний статус пацієнта (чи відлюдкуватий, чи активно спілкується з іншими пацієнтами) і т. і.

При порушенні сну через тривожний стан, пов'язаний із перебуванням у стаціонарі, медична сестра для задоволення потреби людини у сні й відпочинку складає план сестринських втручань.

Приклад плану сестринських втручань щодо задоволення потреби спати, відпочивати

1. Провести первинне сестринське оцінювання якості сну, рівня тривожності пацієнта (з'ясувати в пацієнта причини такого стану, якість сну: рано засинає, часто прокидається, довго не може заснути, не спить протягом кількох ночей до госпіталізації або безсоння його часто турбувало раніше, багато спить удень тощо).
2. Стежити за постільною і натільною білизною пацієнта.
3. Здійснювати гігієнічні заходи вранці, перед сном і за потреби: умитися, почистити зуби, увечері вимити ноги тощо.
4. Провірити приміщення перед сном, поправити постіль, подушки.
5. Щодня оцінювати якість сну.
6. Проводити бесіди з пацієнтом і його рідними про важливість сну для здоров'я пацієнта.
7. Дати рекомендації пацієнтові:
 - не їсти і не пити воду після 18-ї години, на ніч (о 20-й годині) випити лише кефір;
 - не дивитися телевизор, не читати літературу, яка справляє гнітюче враження;
 - у літню пору року, залежно від стану здоров'я та призначень лікаря, прогулятися перед сном у межах території лікарні.
8. Надати психологічну підтримку протягом усього періоду перебування пацієнта в лікарні: спонукати пацієнта висловлювати свої думки, виражати своє занепокоєння із приводу порушення сну.
9. Навчити методикам релаксації організму для поліпшення якості сну.
10. Виконувати призначення лікаря: давати пацієнтові снодійні і (або) знеболювальні засоби, спостерігати за їхньою ефективністю. Пояснити

73

пацієнтові, що снодійні засоби приймають через 15—30 хв після вживання знеболювальних.

Приклад оцінки догляду:

- пацієнт за 2 год спить спокійно;
- пацієнт навчився дотримувати режиму дня й ночі до кінця наступної доби;
- пацієнт підтвердив, що спав спокійно не менше 8 год у найближчі дві доби. **Потреба**

рухатися. Обмеження рухової активності або нерухомість створюють багато проблем для людини. Такий стан буває тривалим або нетривалим, тимчасовим або постійним. Він може бути зумовлений травмою із наступним накладенням шини, витягненням кінцівок із застосуванням спеціальних апаратів, супроводжуватися болем за наявності хронічних захворювань, залишкових явищ порушення мозкового кровообігу.

Нерухомість — один із факторів ризику розвитку пролежнів, порушення функції опорно-рухового апарату, роботи серця й органів дихання. При тривалій нерухомості спостерігаються зміни в системі травлення: диспепсія, метеоризм, анорексія, пронос або закрепи. Інтенсивне натужування під час акту дефекації може призвести до геморою, інфаркту міокарда, зупинки серця. Нерухомість, особливо в положенні лежачи, порушує сечовипускання, що може спричинити інфекцію сечовивідних шляхів, утворення каменів у сечовому міхурі й нирках. І головна проблема пацієнта — він не може спілкуватися, він ізольований від навколишнього середовища, яке значно впливає на формування особистості людини. Від ступеня і тривалості стану нерухомості в пацієнта можуть з'явитися ті або ті проблеми в психосоціальній сфері; змінюються здатність до навчання, мотивація, почуття й емоції.

Сестринська допомога, спрямована на максимально можливе відновлення рухової активності, самостійності при русі з використанням пристроїв для полегшення руху: милиць, ходунків, протезів, — має величезне значення для поліпшення якості життя пацієнта.

Сексуальна потреба. Вона не припиняється навіть при захворюванні або досягненні похилого віку. На сексуальне здоров'я людини прямо або побічно можуть впливати його

хвороба, дефекти розвитку. Проте багато людей говорять на цю тему неохоче навіть за наявності серйозних сексуальних проблем.

Рішення дійсних або потенційних сексуальних проблем може допомогти пацієнтові добитися гармонії в усіх аспектах здоров'я.

При *бесіді з пацієнтом* потрібно:

- виробити тверде наукове підґрунтя для розуміння здорової сексуальності і найпоширеніших її порушень і дисфункцій;
- зрозуміти, як впливають на сексуальність культура, сексуальна орієнтація, релігійні переконання людини;
- навчитися визначати проблеми, що виходять за межі сестринської компетенції, і рекомендувати пацієнтові допомогу відповідного фахівця.

Другий рівень — потреби в надійності і безпеці

Для більшості людей безпека означає надійність і зручність. Кожен із нас потребує даху над головою, одягу і сторонньої допомоги. Пацієнт відчувається

74

себе в безпеці, якщо ліжко, крісло-каталка, каталка зафіксовані, покриття підлоги в палаті і в коридорі сухе і на ньому немає сторонніх предметів, приміщення достатньо освітлене і тепле. Пацієнт повинен бути упевнений, що він у змозі не лише забезпечити свою безпеку, а й не завдати шкоди оточенню. Уникати стресових ситуацій.

Потреба в чистоті. Шкіра і слизові оболонки людини виконують захисну функцію, виводять із організму продукти життєдіяльності, беруть участь у процесах терморегуляції, тобто у підтримці постійної температури тіла. Тому людині необхідно піклуватися про підтримку чистоти тіла. Інакше можливі свербіж шкіри, зміни в ділянці природних складок і ділянках шкіри в разі тривалого постільного режиму або за наявності брудної білизни.

Потреба одягатися, роздягатися. Залежно від стану організму і кліматичних умов людині необхідно підтримувати й регулювати температуру тіла за допомогою одягу, забезпечуючи комфортний стан організму незалежно від пори року. Важливо підбирати одяг відповідно до віку, статі, сезону, оточення.

Потреба підтримувати температуру тіла. Звісно, що в організмі людини процеси теплопродукції і тепловіддачі регулюються різними відділами центральної нервової системи за участю залоз внутрішньої секреції. Постійна температура тіла (у межах фізіологічних коливань) забезпечується процесом терморегуляції, унаслідок якого в організмі підтримується рівновага між теплопродукцією і тепловіддачею. Процес теплопродукції як процес утворення тепла відбувається в клітинах і тканинах організму внаслідок окисних процесів вуглеводів, жирів і меншою мірою білків, у першу чергу у клітинах скелетних м'язів і печінки.

Тепловіддача реалізується шляхом випромінювання тепла і нагрівання навколишнього повітря (близько 80 % тепла), за рахунок випаровувань із поверхні шкіри і дихальних шляхів (близько 18—20 % тепла) і незначна кількість — шляхом виведення сечі і калу.

Нормальна життєдіяльність організму також забезпечується підтримкою мікроклімату в тих приміщеннях, де перебуває людина, а також одягом відповідно до сезону. Завжди потрібно пам'ятати, що висока температура навколишнього середовища призводить до посилення тепловіддачі, тому що рефлекторно розширюються капіляри шкіри, частішає дихання, збільшується випромінювання тепла, посилюється виділення поту, який, випаровуючись, охолоджує шкіру.

Зниження зовнішньої температури рефлекторно спричинює звуження шкірних капілярів, спазм гладких м'язів вивідних проток потових залоз. З'являється симптом гусячої шкіри, унаслідок чого тепловіддача зменшується.

Порушення процесів терморегуляції з підвищенням температури тіла — наслідок впливу на центри терморегуляції найсильніших подразників. Такими подразниками можуть бути патогенні мікроорганізми і їхні отрути, продукти їхнього обміну й розпаду, а також речовини неінфекційного походження, які утворюються в організмі людини при різних захворюваннях, наприклад травм, некрозі тканин, пухлинах і т. п.

У людини виникає лихоманка, змінюється температура тіла, з'являється симптом гусячої шкіри, потім — гіперемія обличчя, частішає пульс і змінюється дихання, шкіра стає гарячою на дотик, потім вологою. При високій тривалій лихоманці відзначається сухість шкіри і тріщини на губах. Медична сестра повинна забезпечити догляд за шкірою і слизовими оболонками пацієнта, зігрівання або охолодження організму, контролювати споживання легкозасвоюваної їжі й вітамінізованого питва, здійснювати динамічне спостереження і регулярне вимірювання температури тіла, а також ретельно виконувати призначення лікаря.

Потреба бути здоровим. Прагнення людини бути здоровою, незалежною у задоволенні життєво важливих потреб у разі зміни стану здоров'я, виникнення хвороби проявляється самостійним вирішенням багатьох проблем, ретельним виконанням призначень лікаря, обізнаністю про свою хворобу, веденням щоденника спостережень за своїм станом здоров'я й вчасним повідомленням лікаря про будь-які відхилення. Бере активну участь в обговоренні вибраного курсу лікування або реабілітації. Але при деяких станах, коли пацієнтові не вдається самостійно задовольнити життєво важливі потреби, зокрема при невідкладних станах, медична сестра надає пацієнтові безпосередню допомогу щодо задоволення його порушених потреб. Вона здійснює догляд за шкірою, профілактику пролежнів, годує його з ложечки, поїльника, подає судно, переодягає, підмиває, забезпечує дозвілля. У міру розширення режиму активності пацієнта вона допомагає йому самостійно обслуговувати себе.

Потреба уникати небезпеки, хвороб, стресів. Для кожної людини важливо уникати тих несприятливих факторів, які називаються факторами ризику і призводять до виникнення захворювань. Якщо людина відчуває страх, побоювання за своє здоров'я і не знає, як чинити в такій ситуації, вона повинна вчасно звернутися по допомогу. Важливими є небайдуже ставлення до стану свого здоров'я і прагнення вести здоровий спосіб життя. Можна займатися аутотренінгом, застосовувати методики релаксації, вивчати необхідну літературу про здоровий спосіб життя.

Третій рівень — соціальні потреби

Соціальні потреби — це потреби в родині (сім'ї), друзях, спілкуванні, схваленні, прихильності, любові і т. п.

Люди прагнуть, щоб їх любили, розуміли. Ніхто не бажає бути упослідженим і самотнім. Якщо це трапилося, отже, соціальні потреби людини не задоволені.

При тяжкій хворобі, непрацездатності або в похилому віці часто виникає вакуум, соціальні контакти порушуються. На жаль, у таких випадках потреба в спілкуванні не задоволена, особливо в старих і самотніх людей. Слід завжди пам'ятати про соціальні потреби людини навіть тоді, коли вона не хоче говорити про це.

Допомагаючи пацієнтові розв'язати соціальну проблему, можна значно поліпшити якість його життя.

Потреба спілкуватися. Порушення соціальних контактів людини, яка потребує допомоги, зумовлює її замкнутість, прагнення до самоізоляції або підвищення дратівливості і вимоги до себе, недовіру до медичного працівника. Завжди потрібно пам'ятати, що людина — істота суспільна, тому для нормального функціонування організму необхідне спілкування як духовне, так і фізичне.

Спілкування як складний, багатоплановий процес установалення контактів між людьми, породжуваний потребами спільної діяльності, необхідний пацієнтові для нормальної життєдіяльності, особливо психоемоційної рівноваги. Бесіди, читання книг, музика, перегляд телепередач, слухання радіопередач і спілкування на релігійні теми, читання молитви сприяють створенню сприятливої атмосфери. Бажання або небажання спілкуватися з

навколишнім світом медичні працівники з'ясовують при першому контакті з пацієнтом і орієнтують свою допомогу і догляд з урахуванням цього бажання. Можливість пацієнта спілкуватися з оточенням може обмежуватися порушеннями його пам'яті, інтелекту, слуху, зору і рухової активності. Облік цих порушень вимагає особливих знань і вмінь щодо обслуговування таких пацієнтів.

Дії медичної сестри щодо задоволення потреби:

- організація доступного спілкування;
- допомога із задоволення потреби за наявності фізичних дефектів;
- забезпечення повної довіри до медичного працівника;
- допомога у встановленні порушених контактів із родиною за бажанням пацієнта та ін.

Потреба в досягненні успіху. Спілкуючись із людьми, ми не можемо бути байдужими до оцінки свого успіху з боку оточуючих.

У людини з'являється потреба в повазі й самоповазі. Але для цього необхідно, щоб праця приносила їй задоволення, а відпочинок був насиченим і цікавим. Що вищим є рівень соціально-економічного розвитку суспільства, то повніше задовольняються потреби в самоповазі. Непрацездатні і пацієнти літнього віку втрачають це відчуття.

Потреба грати, вчитися, працювати — це найвищий рівень потреби людини. Вона необхідна для самовираження, самореалізації. Для одного самовираження — це написати книгу, для іншого — виростити сад, для третього — виховати дітей і т. п. Дитина реалізує себе в грі, доросла людина — у праці. Для цього їй необхідно вчитися, удосконалюватися.

Отже, на кожному рівні ієрархії потреб за Маслоу в пацієнта можуть бути одна або кілька незадоволених потреб. Медична сестра, складаючи план догляду за пацієнтом, повинна допомогти йому реалізувати незадоволені потреби в міру своєї компетенції.

Умови й фактори, що впливають на спосіб і ефективність задоволення потреб

Щоб жити в гармонії з навколишнім середовищем, людині слід постійно задовольняти свої потреби:

77

- дотримувати здорового способу життя;
- жити в гармонії із соціальним і культурним оточенням;
- підвищувати матеріальні і духовні цінності. Перехід будь-якої потреби в дію або вчинки супроводжується змінами в психоемоційній, пізнавальній, психомоторній сфері людини і залежить від властивостей особистості, віку людини, рівня її освіти і здатності усвідомити дефіцит чого-небудь.

Потреби впливають на переживання, волю людини, формують спрямованість особистості. Домінуюча потреба пригнічує інші потреби, визначає основний напрямок діяльності людини. Людина свідомо регулює потреби і цим відрізняється від тварин.

Регулюючи потреби, потрібно враховувати зовнішні фактори.

До зовнішніх факторів, від яких залежить ступінь задоволення потреб, належать умови навколишнього середовища людини.

До факторів, які змінити не можна, належать: вік, стать людини, спадковість.

Фактори ризику, що впливають на спосіб життя людини, можуть призвести до порушення задоволення потреб. До них відносять екологію, гіподинамію, надмірну масу тіла, шкідливі звички, стресові ситуації та інші, які можна згрупувати певним чином.

Спосіб життя (значення для здоров'я — 49—53 %) — куріння, зловживання алкоголем, уживання наркотиків, зловживання ліками, відмова від приймання лікарських засобів, шкідливі умови праці, стресові ситуації, незбалансоване харчування, адинамія, гіподинамія, погані матеріально-побутові умови, неповна родина, самотність, низький освітній і культурний рівень, надмірно високий рівень урбанізації.

Генетика, біологія людини (18—22 %) — схильність до спадкових хвороб, дегенеративних захворювань.

Зовнішнє середовище, природно-кліматичні умови (17—20 %) — забруднення повітря канцерогенами, забруднення води, ґрунту, різкі зміни атмосферних явищ.

Охорона здоров'я (8—10 %) — неефективність профілактичних заходів, низька якість медичної допомоги, несвоєчасність її надання.

Роль медичної сестри у відновленні і підтримці незалежності пацієнта в задоволенні потреб
 Потреба в сестринському догляді універсальна, вона необхідна людині від народження до смерті. Медична сестра повинна активно залучати пацієнта, членів його родини до задоволення потреб у самогляді, допомагаючи йому зберегти свою самостійність, незалежність (табл. 7).

Термін "самогляд" уживають, коли мова йде про діяльність служб охорони здоров'я, участь членів родини пацієнта, його друзів, груп самопомоги й взаємодопомоги. Самогляд припускає участь самого пацієнта, спрямовану на задоволення його життєво важливих потреб, у результаті чого забезпечується достатній рівень здоров'я.

78

Таблиця 7. Допомога пацієнтові в задоволенні потреб

Фізіологічні потреби	
Потреби	Сестринські втручання при задоволенні порушеної потреби
У кисні	Підняти головний кінець ліжка, надати пацієнтові положення Фаулера.
	Навчити пацієнта:
	— техніці кашлю, дихальним вправам;
	— способам самопомоги при нападі ядухи; — самостійно користуватися інгалятором
У їжі	Допомогти пацієнтові споживати їжу.
	Навчити пацієнта адекватному харчуванню.
	Дати рекомендації пацієнтові і його родині щодо дотримання дієти
У питві	Допомогти пацієнтові пити, забезпечити достатньою кількістю вітамінізованої рідини
У виділенні продуктів життєдіяльності	Забезпечити пацієнта індивідуальними судном і сечоприймачем.
	Навчити пацієнта і його рідних користуватися памперсами, сечоприймачем, калоприймачем.
	Допомогти пацієнтові дійти до туалету.
	Забезпечити пацієнтові безпеку і перебування на самоті під час акту дефекації й сечовипускання
У сні	Забезпечити комфортні умови для сну.
	З'ясувати причини порушення сну.
	Навчити пацієнта навичкам, що сприяють регулюванню сну (склянка теплового молока з ложкою меду, прогулянки перед сном).
	Навчити пацієнта складати режим дня (часте чергування діяльності й відпочинку)
У русі	Визначити, наскільки обмеження рухливості впливає на стан залежності людини.
	Навчити пацієнта і його рідних переміщенням хворого у ліжку, виконанню лікувально-фізкультурних вправ.
	При дозволі рухатися, навчити пацієнта способам устанання з ліжка, ходіння за допомогою милиць або палиці
У дотику	Розмовляючи з пацієнтом, підтримуйте його за руку, поправляйте ковдру або подушку.
	Порадьте близьким частіше його обіймати

79

Продовження табл. 7

Фізіологічні потреби	
Потреби у безпеці	
Потреби	Сестринські втручання при задоволенні порушеної потреби
У надійності	Опустити ліжко на максимально низький рівень. Рекомендувати вставати й пересуватися за допомогою медсестри або рідних. Навчити пацієнта користуватися палицею при ходьбі
У захисті	Визначити ступінь залежності пацієнта від факторів, що зумовлюють проблеми відносно підтримки безпеки навколишнього середовища. Навчити пацієнта і його рідних заходам підтримки безпеки навколишнього середовища. Допомогти виробляти адекватне ставлення пацієнта до проблем, які неможливо розв'язати
У прихисті, домівці	При виписуванні зі стаціонару необхідно переконатися, що в пацієнта є домівка. Якщо пацієнт позбавлений прихисту, потурбуватися про направлення пацієнта в будинок для інвалідів і осіб літнього віку
В одязі	Визначити фізичні й розумові здібності пацієнта щодо вибору одягу. Допомогти пацієнтові одягатися і роздягатися. Заохочувати бажання пацієнта в самогляді, в одяганні й роздяганні
Соціальні потреби	
Потреба	Сестринське втручання при задоволенні порушеної потреби
У схваленні	Заохочувати пацієнта при досягненні успіху, поставленої мети, у бажанні самостійно проводити самогляд
У розумінні	Вибрати метод спілкування з пацієнтом. Слухати пацієнта, проявляючи інтерес, увагу й милосердя до його проблем
У прихилистості, симпатії й любові	Розповісти рідним про необхідність, проявляти увагу й любов до близької їм людини, відвідувати регулярно, проявляти турботу про його стан
У родині, сім'ї	Дати зрозуміти пацієнтові, що рідні чекають його видужання і бажать активно допомагати. Допомогти пацієнтові зателефонувати додому або друзям

80

Закінчення табл. 7

Фізіологічні потреби	
Потреби у самоповазі й повазі	
Потреба	Сестринське втручання при задоволенні порушеної потреби
У повазі	Звертатися до пацієнта на ім'я та по батькові незалежно від його соціального стану. Дати зрозуміти пацієнтові, що всі його проблеми дуже важливі як для пацієнта, так і для вас
У самоповазі	Допомогти пацієнтові усвідомити важливість виконання тієї маніпуляції, яка становила для пацієнта труднощі, але була ним виконана
В успіху	Похвалити пацієнта при успішному виконанні маніпуляції із самоглядом його рідних або за допомогою інших або дати можливість поділитися самому своїм успіхом

Моделі сестринської справи

Модель — це зразок, що має певну структуру, термінологію, загальні правила, ознаки і поняття, які становлять її елементи, є науково обґрунтованими і логічно пов'язаними між собою. Модель включає цінності, що лежать в основі сестринської справи, функції, завдання сестринської справи, способи визначення потреб людини в сестринському догляді, визначає межі сфери сестринської діяльності. Створюються окремі моделі для конкретних робочих ситуацій.

Моделі сестринської справи називаються *концептуальними*, тому що загальні, основні (фундаментальні) поняття теорії сестринської справи, такі як особистість (пацієнт), здоров'я, навколишнє середовище, сестринська справа, переважно, різні за змістом і є ідеєю автора тієї або тієї моделі. У кожній моделі автори по-різному вбачають способи взаємодії основних понять — ролі медсестри, джерела проблем пацієнта, спрямованості сестринських втручань, мети догляду, способів сестринських втручань, способів оцінювання якості і результатів догляду.

Модель є практичним керівництвом у роботі медсестри. Автори моделей (Флоренс Найтінгейл, Вірджинія Хендерсон, Дороті Джонсон, Доротія Орем, Каліста Рой, Марта Роджерс, Мойра Аллен та ін.) описують, роз'яснюють, допомагають систематизувати, застосовувати теоретичні знання на практиці в сестринській справі. Зміст фундаментальних понять, які становлять теоретичну базу сестринської справи, у різних країнах залежить від умов життя людей і не є постійною або фіксованою теорією. Він змінюється і визначає ставлення до сестринської діяльності в кожній із країн на певному етапі її розвитку.

Подібність моделей сестринської справи полягає в тому, що в основі діяльності медичної сестри лежить сестринський процес (хід подій). Він чітко відображає принципи надання сестринської допомоги. Наприклад, модель М. Аллен відображає принципи первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД), модель

81

Д. Орем — принципи самодогляду, модель В. Хендерсон — принципи допомоги в досягненні, відновленні незалежності пацієнта в повсякденному житті, наскільки це можливо. *Сестринський процес як метод організації сестринської справи визначає послідовні дії медсестри для надання медичної допомоги і здійснення огляду на основі науково обґрунтованих дій і є невід'ємним поняттям сучасних моделей сестринської справи.* Моделі дають змогу медичним сестрам реалізувати свою роль на практиці в галузі охорони здоров'я, можуть застосовуватися в різних лікувальних закладах, сімейній медичній практиці, у центрах здоров'я і т. п.

У нашій країні відома медичним сестрам **лікарська (традиційна) модель**, тому що підготовка сестринського персоналу орієнтована саме на неї. Роль медичної сестри зводиться до ролі помічника лікаря, виконавця його призначень, що регламентовано часовими і професійними рамками. Причому дії медсестри спрямовані на поповнення дефіциту догляду, відновлення втрачених функцій організму, подолання перешкод для відновлення стану здоров'я і залежать від конкретного захворювання.

Значення моделей сестринської справи для розвитку сестринської спеціальності дуже велике. Якщо раніше медсестра тільки доглядала за тяжко хворими пацієнтами, то нині головне завдання сестринського персоналу спільно з іншими фахівцями — *підтримати здоров'я, запобігти захворюванням, забезпечити максимальну незалежність людини відповідно до її індивідуальних можливостей.*

Є надія, що нова концепція сприятиме заміні наявної ієрархічної і бюрократичної системи організації сестринської справи професійною моделлю. Висококваліфікована медична сестра повинна бути достатньо компетентною, тобто володіти знаннями, уміннями і навичками, а також упевненістю, щоб планувати, здійснювати й оцінювати результати догляду відповідно до потреб конкретного пацієнта. При цьому особливий акцент робиться на унікальність внеску сестринського догляду у видужання й відновлення здоров'я пацієнта.

На розвиток наявних сестринських моделей вплинули дослідження і відкриття в галузі фізіології, соціології, психології.

Подібність і відмінність моделей сестринської справи

У кожній моделі по-різному відображено розуміння сутності пацієнта як об'єкта сестринської діяльності, цілей догляду, набору сестринських втручань і оцінювання результатів сестринського догляду.

Моделі сестринського догляду називаються *концептуальними*, оскільки вони вибудовуються на основі різних понять і концепцій. Згідно з визначенням Барнум, призначення теорії сестринської справи полягає в описанні або поясненні феномену (процесу, явища, події), який називається сестринською справою.

Велике значення теорії сестринської справи для наукової, освітньої і практичної діяльності. В основі теорії сестринської справи лежать єдині, основні поняття, які визначають сутність сестринської практики:

- *пацієнт як один із об'єктів діяльності сестринського персоналу;*

82

- *джерело проблем пацієнта;*
- *спрямованість сестринських втручань;*
- *цілі догляду;*
- *способи сестринських втручань;*
- *роль медичної сестри;*
- *оцінювання якості і результатів догляду.*

Кожне з цих понять представлено й описане у працях теоретиків сестринської справи. І хоча ці поняття присутні в усіх теоріях сестринської справи, їх тлумачення і способи взаємодії суттєво різняться.

Розроблено кілька моделей сестринської справи у світі. Зміст кожної моделі залежить як від рівня економічного розвитку тієї або тієї країни, її політики, загальноновизнаних цінностей, системи охорони здоров'я, релігії, так і від філософії і переконань конкретної людини або групи людей, що розробляють ту або ту модель.

Нині не існує єдиної моделі сестринської справи, але і єдиної думки про необхідність використання однієї або декількох моделей також немає. У багатьох країнах одночасно використовують кілька моделей. *Необхідно пам'ятати, що на створення моделі впливають суспільство, його устрій, потреби, соціальне і культурне середовище.* Важливо, щоб медсестра вміло застосовувала моделі або елементи однієї з моделей у конкретній практичній ситуації, розуміла відмінності понять (потреба, етапи сестринського процесу, роль медсестри та ін.), використовуючи наявну теоретичну базу про сестринську справу і моделі сестринської справи.

Основні положення моделей сестринської справи. Модель Н. Роупер, В. Логан, А. Тайєрні

Модель, запропоновану Н. Роупер у 1976 р., було доповнено у 80-і роки В. Логан і А. Тайєрні. Автори цієї моделі вважають, що медична сестра повинна зосередити свою увагу на спостережанні поведінки людини; оцінювання сестринської діяльності ґрунтується на наявних, вимірюваних результатах.

Автори моделі встановили 12 видів повсякденної життєдіяльності. Частина з них має біологічну основу, інші — культурну й соціальну. Ступінь задоволення потреб людини залежить від віку, соціального статусу й культурного рівня.

Види повсякденної життєдіяльності:

- 1) підтримка безпечного навколишнього середовища;
- 2) спілкування;
- 3) дихання;
- 4) споживання їжі й рідини;
- 5) виведення продуктів життєдіяльності;
- 6) підтримка особистої гігієни;

- 7) регулювання температури тіла;
- 8) рухова активність;
- 9) праця і дозвілля;

83

- 10) сексуальна активність;
- 11) сон;
- 12) умирання.

Основні положення моделі. Людина як об'єкт сестринської діяльності.

Джерело проблем пацієнта. П'ять факторів, які можуть зумовлювати потребу в сестринському догляді, — інвалідність і пов'язані з нею порушення фізіологічних функцій, патологічні і дегенеративні зміни в тканинах, нещасний випадок, інфекційне захворювання, наслідки впливу фізичних, психологічних і соціальних факторів навколишнього середовища.

Спрямованість сестринського втручання. Медична сестра спільно із пацієнтом оцінює його можливості в задоволенні порушених потреб, установлюючи наявні і потенційні проблеми пацієнта.

Мета догляду. Догляд починається з первинного оцінювання стану пацієнта. Разом із пацієнтом медична сестра визначає мету догляду.

Сестринське втручання. Після обговорення з пацієнтом мети догляду медична сестра вибирає способи сестринського втручання, спрямованого на задоволення потреб.

Оцінювання якості і результатів догляду. Критеріями оцінювання якості і результатів догляду є задоволення кожної порушеної потреби відповідно до встановленої мети. Якщо бажаного результату не досягнуто, медична сестра з пацієнтом переглядає мету і розпочаті раніше втручання.

Роль медичної сестри. Автори цієї моделі визначають роль медичної сестри як незалежну, залежну, взаємозалежну.

Незалежна роль полягає в оцінюванні стану здоров'я пацієнта спільно з пацієнтом.

Залежна роль — це виконання призначень лікаря.

Взаємозалежна роль — це спільна праця в бригаді з іншими фахівцями.

Застосування моделей Н. Роупер, В. Логан, А. Тайєрні в сестринському процесі

Оцінювання стану пацієнта

Первинне сестринське оцінювання проводять для збирання даних про кожну потребу. Потім медична сестра встановлює:

- що пацієнт може робити в цей час;
- що пацієнт у звичайній ситуації виконує без утруднення;
- наявні проблеми;
- потенційні проблеми.

При плануванні догляду медична сестра зазначає наявні і потенційні проблеми, мету догляду і сестринські втручання. *Сестринські втручання мають:*

- запобігти розвитку потенційних проблем;
- зменшити тривогу пацієнта;
- надати можливість звертатися по допомогу й ухвалювати її для задоволення порушеної потреби;
- допомогти розв'язати наявні проблеми. *Оцінювання якості і результатів догляду*

84

Під час проведення підсумкового оцінювання медична сестра встановлює, чи досягнуто поставленої мети і наскільки корисною й ефективною виявилася ця модель сестринської справи у вирішенні наявних проблем.

Наприклад. Пацієнтка, яка перебуває на постільному режимі, відмовляється від споживання їжі через те, що їй доводиться просити допомоги при здійсненні фізіологічних відправлень. Під час проведення первинного сестринського оцінювання з'ясовують:

- що пацієнтка здатна робити в цей час;
- наявні проблеми.

Під час планування сестринського втручання медична сестра повинна:

- допомогти розв'язати наявні проблеми;
- надати пацієнтці можливості звертатися по допомогу й ухвалювати її для задоволення порушеної потреби.

Модель Д. Джонсон

Д. Джонсон визначає дію кожної підсистеми в прагненні людини на ґрунті минулого досвіду досягти певних цілей.

Цей результат залежить від того, як пацієнт сприймає свою поведінку, як він розуміє свої можливості в зміні поведінки.

Д. Джонсон розрізняє два **основних типи поведінки людини**:

- установка, створювана діями й об'єктами безпосередньо навколо людини;
- установка, створювана минулими звичками.

Людина має 7 головних підсистем, які змінюють її поведінку. Підсистема поведінки

- *Досягнення (виконання).* Контроль над самим собою і своїм оточенням.
- *Підсистема приєднувальної поведінки (що встановлює).* Близькі взаємини з іншими людьми.
- *Агресивна.* Самозахист, самоствердження.
- *Залежна.* Залежність від інших.
- *Видільна.* Виділення продуктів життєдіяльності.
- *Травлення.* Підтримка цілісності організму, стан тілесного задоволення.
- *Сексуальна.* Сексуальне задоволення.

Основні положення моделі. Пацієнт — це індивід, що має набір взаємозалежних систем поведінки людини, причому кожна з них прагне до внутрішнього балансу й рівноваги.

Джерело проблем пацієнта. Хвороба, зміна способу життя можуть розбалансувати підсистеми поведінки людини.

Спрямованість сестринського втручання. Необхідно оцінити стан пацієнта щодо кожної підсистеми. Це оцінювання здійснюють у два етапи:

— визначають, чи дає змогу поведінка пацієнта припустити порушення рівноваги в якій-небудь із підсистем;

— виявляють причину цього порушення.

Мета догляду. Відновлення рівноваги в кожній підсистемі й між ними, змінюючи ті або ті фактори навколишнього середовища.

85

Сестринське втручання. Пропонуються чотири напрямки сестринських втручань:

— контроль або обмеження поведінки якимись рамками;

— захист від погроз і інших факторів, що спричинюють стрес;

— гальмування (стримання) неефективних реакцій;

— стимулювання до зміни поведінки, партнерство, допомога у вигляді опіки. **Оцінювання**

якості і результатів догляду здійснюється в межах тієї або іншої

підсистеми поведінки пацієнта, тобто за змінами, спричиненими тими або іншими

структурними зрушеннями в організмі людини. Якщо результат пов'язаний із запланованими

змінами навколишнього середовища, оцінюється зміна поведінки, зумовлена сестринським

втручанням, спрямованим на оточення пацієнта у зв'язку з функціональними змінами. За

відсутності результату знову формуються нові цілі і нові втручання.

Роль медичної сестри доповнює роль лікаря, але не залежить від неї. Медичній сестрі відведено роль фахівця, який відновлює рівновагу поведінкових підсистем пацієнта в період психологічної або фізичної кризи.

Застосування моделі Д. Джонсон у сестринському процесі

Оцінювання стану пацієнта

На *першому етапі* сестринського процесу здійснюють первинне оцінювання стану пацієнта. Медична сестра виявляє проблеми, пов'язані з поведінкою пацієнта. На *другому етапі* вивчаються підсистеми, які вийшли з рівноваги. Д. Джонсон пропонує виділити окремо структурні (органічні) і функціональні зміни, що спричинюють проблему. Медична сестра вирішує, на що має бути спрямоване сестринське втручання. Для цього необхідно одержати додаткову інформацію від рідних і лікаря.

Автор цієї моделі стверджує: порушення рівноваги в одній підсистемі впливає на взаємозалежні підсистеми.

Планування догляду

Установивши порушення рівноваги в конкретних підсистемах, медична сестра разом з пацієнтом окреслюють мету догляду. Якщо проблема пацієнта пов'язана з функціональними порушеннями, медична сестра визначає втручання, спрямовані на зміну навколишнього середовища, мотивації пацієнта.

Для здійснення плану догляду встановлюють короткострокові, проміжні й довгострокові цілі відновлення рівноваги в підсистемах.

Сестринські втручання:

- обмеження поведінки;
- захист пацієнта від несприятливих факторів навколишнього середовища;
- стримання неадекватних реакцій пацієнта;
- співробітництво медичної сестри з пацієнтом. Пацієнт повинен уявляти свою роль, свої дії у відновленні здоров'я.

Оцінювання якості і результатів догляду. Медична сестра описує результати сестринських втручань, указуючи на один із типів поведінки, заздалегідь передбачаючи можливу поведінку пацієнта, яка визначає, що втручання було успішним і мету досягнуто.

86

Якщо очікуваних результатів не досягнуто, медична сестра переоцінює поведінку пацієнта в межах кожної з підсистем.

Наприклад. Пацієнт перебуває на лікуванні в травматологічному відділенні з приводу перелому правої стегнової кістки. Після скелетного витягнення лікар призначив пацієнтові вчитися ходити за допомогою милиць. Ходити на милицях йому важко, але від допомоги рідних він відмовляється, не бажаючи їх бачити.

При первинному оцінюванні стану спостерігається порушення в агресивній і залежній підсистемах.

Плануючи сестринське втручання, медсестрі потрібно вирішити його мету. Для цього їй необхідно одержати додаткову інформацію від рідних пацієнта.

Медична сестра повинна встановити наявність у пацієнта подібної ситуації в минулому (надмірний страх за свою безпеку). Якщо так, то в пацієнта — структурні (органічні) зміни. Якщо поведінка не типова для пацієнта, можна зробити наступний висновок, що ці зміни функціональної природи.

При плануванні догляду медсестра разом з пацієнтом визначає його мету. Якщо проблема пацієнта пов'язана з функціональними порушеннями, медсестра окреслює втручання, спрямовані на зміну навколишнього середовища, мотивації пацієнта. Пацієнтові необхідно запланувати психологічну підтримку і консультування, що дає змогу зменшити невиправданий страх перед ходьбою на милицях.

Сестринське втручання:

- захист пацієнта від несприятливих факторів навколишнього середовища (порекомендувати рідним не наполягати на наданні допомоги пацієнтові при ходьбі);
- стримування неадекватних реакцій пацієнта (медична сестра може гальмувати його неадекватну поведінку, переконуючи пацієнта, що його страх перебільшений).

Адаптаційна модель сестринської справи К. Рой

У моделі К. Рой, створеній у 1976 р., використано досягнення в галузі фізіології і соціології. К. Рой вважає, що як для фізіологічних, так і для психологічних систем існує стан відносної рівноваги, якого прагне досягати людина, тобто певний діапазон станів, у яких люди можуть адекватно справлятися зі своїми переживаннями. Для кожної людини цей діапазон унікальний.

Згідно з цією моделлю, існує певний рівень адаптації й усі подразники, що потрапляють у цей діапазон, сприймаються сприятливіше, ніж ті, які виявляються за його межами.

К. Рой називає фактори, що впливають на рівень адаптації, *подразниками*. Вони бувають трьох типів:

- *осередкові* — в оточенні людини;
- *ситуаційні* — виникають при наданні сестринської допомоги нарівні з осередковими і впливають на них;

87

- *залишкові* — наслідки минулих переживань, вірувань, взаємин. При комбінації з осередковими й ситуаційними вони впливають на рівень адаптації.

Запропоновано чотири способи адаптації, що змінюють поведінку:

- фізіологічний;
- "я-концепція";
- роль-функція;
- взаємозалежність.

Фізіологічний спосіб адаптації — це реакція людини на температуру і вологість повітря, атмосферний тиск, їжу, рідину, кисень. Здатність справлятися з незвичними фізіологічними подразниками залежить від можливостей фізіологічної системи адаптації конкретної людини.

Я-концепція — це бажання людини зрозуміти себе: як власну поведінку, так і тілесний образ. Цей спосіб адаптації допомагає людині впоратися зі змінами її психологічних і тілесних "я". Цей спосіб адаптації ефективний при підготовці пацієнта до операції, особливо інвалідизувальних — ампутації кінцівок, мастоектомії, накладення стоми.

Роль-функція припускає зміну ролі пацієнта в родині, на роботі залежно від тих або інших обставин.

Активна, діяльна людина, яка займає певне положення в суспільстві, опиняється в лікувальному закладі і змушена адаптуватися до пасивної ролі пацієнта.

Взаємозалежність — це прагнення людини досягти стану відносного балансу в різних взаєминах. Сестринському персоналу слід урахувати обмеженість можливостей адаптації в ситуаціях, коли пацієнт, опинившись повністю залежним від персоналу, відчуває презирство, самотність, фамільярність.

Основні положення моделі. Пацієнт — це індивід, що має набір взаємозалежних біологічної, психологічної і соціальної систем, які впливають на його поведінку.

Джерело проблем пацієнта. Потреба в сестринському догляді виникає в разі нестачі або надлишку засобів і можливостей для використання того або іншого способу адаптації.

Спрямованість сестринського втручання. При обстеженні пацієнта слід установити ефективні способи адаптації в тих випадках, коли його поведінка дає привід для занепокоєння. Сестра визначає ступінь впливу цього подразника на поведінку пацієнта.

Мета догляду. Визначити можливі осередкові (ситуаційні, залишкові) подразники, що спричиняють неадекватну поведінку. Медична сестра спільно з пацієнтом намічає цілі, що дають змогу адаптуватися до мінливого навколишнього середовища.

Сестринське втручання спрямоване на подразники, що перебувають за межами рівня адаптації пацієнта, для їх зміни або переведення їх у межі рівня адаптації. Можливі втручання, спрямовані на розширення рівня адаптації, що дає можливість упоратися з наявними подразниками.

88

Оцінювання якості і результатів догляду. При оцінюванні якості догляду медична сестра і пацієнт звертають увагу на позитивні зрушення в тому або іншому способі адаптації.

Роль медичної сестри — сприяти адаптації людини в період здоров'я і хвороби: завдяки впливу на осередкові подразники вони потрапляють у зону того або іншого способу адаптації.

Застосування моделі К. Рой у сестринському процесі

Оцінювання стану пацієнта

Медична сестра повинна визначити, чи дає поведінка пацієнта в кожному із чотирьох способів адаптації привід для занепокоєння. Якщо так, то медична сестра повинна з'ясувати, чим зумовлені проблеми адаптації пацієнта: осередковими, ситуаційними чи залишковими подразниками.

Медична сестра, що використовує цю модель, визначає межі рівня адаптації для кожної людини; те, що є подразником і створює проблеми для одного, для іншого не створює ніяких проблем завдяки його рівню адаптації.

Планування сестринського догляду

Медична сестра, виявивши подразники, що зумовлюють у пацієнта неадекватні реакції, спільно з пацієнтом визначає:

- короткострокову мету догляду; дає змогу розширити рівень адаптації або усунути подразник;
- довгострокову мету догляду; допомагає пацієнтові адаптуватися до постійних змін навколишнього середовища.

Сестринське втручання згідно з моделлю К. Рой припускає, що кожна людина прагне до стану психологічної і фізіологічної рівноваги. Сестринське втручання має змінити подразник так, щоб він діяв у межах рівня адаптації і був спрямований на осередкові подразники.

Оцінювання ефективності сестринського догляду

Сестринське втручання ефективне тільки в тому випадку, якщо досягнуто мету в конкретних адаптованих способах.

Наприклад. Пацієнтка після мастектомії. Вона пригнічена і не бажає нікого бачити з відвідувачів, крім близьких.

При оцінюванні стану пацієнтки медична сестра припустила проблему адаптації в системі "я-концепція". Відсутність грудей діє як осередковий подразник і суттєво змінює власне уявлення пацієнтки про себе. Тому пацієнтка не може як і раніше підтримувати відносини з навколишніми.

Медична сестра разом із пацієнткою окреслюють короткострокову мету догляду, що дає змогу визначити рівень адаптації.

Сестринське втручання має змінити осередковий подразник так, щоб він діяв у межах рівня адаптації.

Медична сестра не зможе усунути осередковий подразник — відсутність грудної залози, але вона здатна розширити рівень адаптації пацієнтки, познайомивши її з літературою, що описує ситуацію, у якій перебуває пацієнтка, або з іншими пацієнтками, які вже адаптувалися в подібній ситуації.

89

Модель Д. Орем

У моделі, запропонованій Д. Орем у 1971 р., людина розглядається як єдине ціле. Вона ґрунтується на принципах самогляду. У моделі великого значення надано особистій відповідальності людини за власне здоров'я.

Сестринське втручання посідає важливе місце в профілактиці захворювань травм і навчанні пацієнта і його рідних.

У моделі виділено **три групи потреб у самогляді**.

1. Універсальні:

- достатнє споживання повітря;
- достатнє споживання рідини;

- достатнє споживання їжі;
- достатня можливість виділення продуктів життєдіяльності і потреби, пов'язані із цими процесами;
- збереження балансу між працею і відпочинком;
- запобігання небезпеці для життя, забезпечення нормальної життєдіяльності, гарного самопочуття;
- стимулювання бажання відповідати певній соціальній групі згідно з індивідуальними здібностями й обмеженнями;
- фактори, що впливають на ці потреби: вік, стать, стадії розвитку, стан здоров'я, рівень культури, соціальне середовище, фінансові можливості.

2. Потреби, пов'язані зі стадією розвитку. Ці потреби задовольняються всіма дорослими людьми (пацієнтом, його рідними), що піддаються навчанню й вихованню.

3. Потреби, пов'язані з порушенням здоров'я. У цій групі виділено три види порушень:

- анатомічні зміни (набряки, опіки, рани і т. п.);
- функціональні фізіологічні зміни (задишка, тугорухомість суглоба);
- зміна поведінки або повсякденних життєвих звичок (почуття байдужності, безсоння, раптові зміни настрою).

Основні положення моделі. Пацієнт — єдина функціональна система, що має мотивацію до самоогляду.

Джерело проблем пацієнта. Якщо пацієнт не може зберегти рівновагу між своїми можливостями і потребами в самоогляді, а потреби самоогляду перевищують можливості самого пацієнта, виникає необхідність у сестринській допомозі. Допомога здійснюється за активної участі пацієнта і його рідних.

Спрямованість сестринських втручань — на виявлення дефіциту самоогляду і його причин.

Причинами дефіциту можуть бути:

- відсутність знань;
- невміння виконувати окремі дії із самоогляду;
- нерозуміння важливості самоогляду.

Для вирішення питання про необхідність сестринського втручання сестра повинна:

- визначити рівень вимог самого пацієнта до самоогляду;

90

- оцінити можливості пацієнта задовольнити ці вимоги;

- оцінити можливості пацієнта безпечно здійснювати самоогляд;

- оцінити можливості відновлювати самоогляд у майбутньому.

Мета догляду — виявити й обговорити з пацієнтом можливості щодо самоогляду.

Розрізняють короткострокову, проміжну, довгострокову мету.

Сестринське втручання спрямоване як на розширення можливостей самоогляду, так і на зміну рівня потреб у ньому.

Д. Орем виділяє 6 способів сестринських втручань:

- виконувати які-небудь дії за пацієнта;

- скеровувати дії пацієнта;

- надавати фізичну підтримку;

- надавати психологічну підтримку;

- створювати середовище для забезпечення самоогляду;

- навчати пацієнта і його рідних. Пацієнт повинен прагнути до самоогляду, бути готовим одержати сестринську допомогу.

Оцінювання якості і результатів догляду. Можливості пацієнта і його рідних надалі здійснювати самоогляд.

Роль медичної сестри. Медична сестра навчає пацієнта здійснювати самоогляд, допомагає йому зберегти здоров'я, впоратися з наслідками травми або хвороби.

Застосування моделі Д. Орем у сестринському процесі

У кожної людини, здорової або хворої, має бути рівновага в потребах у самогляді і в можливостях його здійснювати.

Первинна оцінка потреб і можливостей пацієнта в самогляді

Медична сестра визначає терапевтично необхідну поведінку пацієнта при самогляді — рівновагу між потребами і можливостями здійснювати самогляд. Проводячи первинне дослідження стану пацієнта, медична сестра визначає, чи потрібна йому допомога. Для цього вона повинна зібрати додаткову інформацію і з'ясувати, чому виник дефіцит самогляду.

Огляд і спостереження, бесіда допоможуть їй зрозуміти проблему пацієнта:

- недолік знань і умінь;
- мотивація;
- обмеження рамок поведінки, продиктованої суспільними й культурними нормами.

Планування сестринського догляду. Сестринський догляд планують залежно від можливостей самогляду самого пацієнта і його рідних.

Оцінювання ефективності сестринського догляду

Оцінюючи ефективність сестринського догляду, насамперед ураховують досягнення пацієнта. Сестринський догляд вважається ефективним, якщо вдається зберегти або відновити рівновагу між можливостями і потребами в самогляді.

Приклад. Пацієнт перебуває на лікуванні в травматологічному відділенні з діагнозом: перелом кісток лівої гомілки. Пацієнтові накладено гіпс.

91

При первинному обстеженні пацієнта медична сестра може припустити, що він не в змозі відразу пересуватися на милицях без сторонньої допомоги. У цьому випадку наявні порушення рівноваги між деякими універсальними потребами пацієнта і його можливостями здійснювати самогляд (активно рухатися, відвідувати туалет, приймати душ), тобто пацієнт потребує сторонньої допомоги.

Планування сестринського догляду — у межах частково компенсувальної і навчальної систем. Пацієнт може самостійно задовольнити універсальні потреби в кисні, їжі, рідині, але потребує допомоги при пересуванні для задоволення інших універсальних потреб. Медична сестра планує навчити пацієнта безпечним навичкам пересування, щоб запобігти ризику повторної травми.

Сестринське втручання спрямоване на відновлення рівноваги між можливостями і потребами в самогляді. Медична сестра частково допомагає одягатися і роздягатися пацієнтові, одночасно навчає його безпечному переміщенню на милицях, а також новим умінням і навичкам, що дадуть змогу одягатися й переміщуватися самостійно.

Модель В. Хендерсон

У запропонованій Вірджинією Хендерсон у 1960 р. у США, а потім доповненій у 1968 р., моделі увагу сестринського персоналу акцентовано на фізіологічні, а потім — на психологічні і соціальні потреби, які можуть бути задоволені завдяки сестринському догляду. Головне в цій моделі — участь самого пацієнта в плануванні і здійсненні догляду. В. Хендерсон пропонує 14 потреб для повсякденного життя. Здорова людина не зазнає труднощів при задоволенні цих потреб, тоді як, хвора не в змозі задовольнити ці потреби самостійно.

В. Хендерсон стверджує, що сестринський догляд має бути спрямований на якнайшвидше відновлення незалежності людини.

Потреби повсякденного життя за В. Хендерсон

1. Дихати.
2. Уживати достатню кількість їжі і рідини.
3. Виділяти продукти життєдіяльності.
4. Рухатися і підтримувати необхідне положення.
5. Спати, відпочивати.
6. Самостійно одягатися і роздягатися, вибирати одяг.

7. Підтримувати температуру тіла в нормальних межах, підбираючи відповідний одяг і змінюючи навколишнє середовище.
8. Дотримувати особистої гігієни, дбати про свій зовнішній вигляд.
9. Забезпечувати свою безпеку і не створювати небезпеку для інших людей.
10. Підтримувати спілкування з іншими людьми.
11. Відправляти релігійні обряди відповідно до своєї віри.
12. Займатися улюбленою працею.
13. Відпочивати, брати участь у розвагах та іграх.
14. Задовольняти свою допитливість, що допомагає нормально розвиватися.

92

Основні положення моделі. Пацієнт має фундаментальні людські потреби, що є однаковими для всіх людей. Незалежно від того, хвора людина чи здорова, медична сестра завжди повинна мати на увазі життєво важливі потреби людини.

Джерело проблем пацієнта. Проблеми виникають у тому випадку, коли людина через певні обставини (хвороба, дитячий або старечий вік) не в змозі здійснити самогляд. Проблеми можуть з'явитися в період видужування або тривалого вмирання.

Спрямованість сестринського втручання. При обстеженні пацієнта медична сестра обговорює з ним умови надання сестринської допомоги.

Мета догляду. Медична сестра повинна визначати тільки довгострокові цілі при відновленні незалежності пацієнта в задоволенні ним 14 повсякденних потреб, короткострокові і проміжні — тільки при екстрених станах (шок, лихоманка, кома і т. п.).

Сестринське втручання. Автор цієї моделі вважає, що сестринський догляд має бути пов'язаний із лікарською терапією із процедурами, призначеними лікарями.

Для здійснення сестринських втручань може знадобитися участь родини пацієнта.

Оцінювання якості і результатів догляду. Оцінити результати і якість догляду за пацієнтом можна тільки тоді, коли задоволено всі повсякденні потреби, досягнуто мети сестринського втручання.

Роль медичної сестри в моделі:

— як самостійний і незалежний фахівець у системі охорони здоров'я, що виконує ті функції, які не може виконати пацієнт, щоб почуватися незалежним;

— як помічник лікаря, що виконує його призначення. **Застосування моделі В. Хендерсон у сестринському процесі**

Модель В. Хендерсон передбачає неодмінну участь пацієнта в усіх етапах сестринського процесу (табл. 8).

На першому етапі сестринського процесу медична сестра спільно з пацієнтом устанавлюють, які із 14 повсякденних потреб слід задовольнити в першу чергу. Ухвалювати рішення за пацієнта медична сестра може тільки, якщо пацієнт не в змозі цього зробити.

Планування догляду

Автор цієї моделі вважає, що пацієнт повинен повністю і самостійно задовольняти свої повсякденні потреби, тому довгострокова мета догляду полягає в тому, щоб навчити пацієнта максимальній незалежності.

Поставлена мета має бути реалістичною і вимірною, щоб можна було оцінити успішність або безуспішність сестринського втручання.

Сестринське втручання

Спрямоване на зміцнення здоров'я пацієнта, повне розв'язання завдань, поставлених перед ним. Зрештою втручання припускає допомогу пацієнтові у досягненні ним незалежності, наскільки це можливо.

93

Оцінювання результатів догляду

Підсумкове оцінювання виконання плану з догляду розпочинають з оцінювання кожної повсякденної потреби, при задоволенні якої було виявлено проблеми. У разі недосягнення мети змінюють її формулювання і планують нові сестринські втручання.

Наприклад. Пацієнт перебуває на лікуванні в терапевтичному відділенні. Протягом трьох днів у нього порушений сон.

Під час первинного оцінювання стану пацієнта медична сестра повинна з'ясувати причину порушення сну (незручна постіль, непровітрюване приміщення, хропіння сусіда по палаті, занепокоєння перед дослідженням чи операцією).

Планування догляду за пацієнтом передбачає: навчання релаксаційним вправам, провітрювання приміщення перед сном, прогулянки перед сном, переведення пацієнта в іншу палату.

Сестринське втручання припускає допомогу пацієнтові у досягненні ним незалежності, наскільки це можливо.

Таблиця 8. Модель В. Хендерсон у клінічній практиці

Види повсякденної життєдіяльності (фундаментальні потреби)	Проблеми пацієнта (наявні та потенційні)
Частота дихальних рухів — 28 за 1 хв, задишка, кашель, біль під час дихання	Страх глибоко дихати через біль у грудній клітці
Знижена маса тіла — 56 кг, зріст — 175 см, вживання 1 л рідини на день, знижений апетит	Відсутність розуміння потреби споживати більше рідини, <i>слабкість у зв'язку зі зниженою масою тіла</i>
Сечовипускання в нормі, дефекація — один раз на 3 доби	Вірогідність закрепу
Лікар призначив ліжковий режим. Пацієнт може дійти до туалету	Відсутність розуміння потреби в ліжковому режимі
Спить добре, але на трьох подушках, потребує денного відпочинку	<i>Порушення сну через задишку і кашель</i>
Одягається та роздягається самостійно, труднощі із взуванням	<i>Ризик падіння через погано застібнуте взуття</i>
Температура тіла — 38,2 °C	Підвищена пітливість, не може самостійно переодягтися вночі (зняти вогкий одяг)
Може щоденно виконувати гігієнічні процедури (вмиватися, чистити зуби), але тільки за допомогою медсестри, не голиться	Відсутність бажання виконувати щоденні гігієнічні процедури, не піклується про зовнішній вигляд, не має зубної щітки та засобів для гоління. <i>Інфекція в ротовій порожнині, зуби не чистить через відсутність зубної щітки</i>
Спокійний, апатичний, не думає про свою безпеку при ходінні	Відсутність розуміння потреби в підтриманні своєї безпеки

94

Закінчення табл. 8

Види повсякденної життєдіяльності (фундаментальні потреби)	Проблеми пацієнта (наявні та потенційні)
Запитання розуміє, відповідає на них без бажання. Слух знижений	<i>Не розуміє запитання через зниження гостроти слуху; неповна інформація — через відсутність бажання спілкуватися</i>
Православний, але жодних обрядів не дотримується	
Працездатний, пенсіонер, працює влітку на дачі	
Захоплень не має	

Конкретні знання відсутні. Відсутнє також бажання отримати інформацію про здоровий спосіб життя	Відсутність розуміння потреби вести здоровий спосіб життя
---	---

Модель М. Аллен

Модель М. Аллен поширена в літературі під кількома назвами: 1) модель Макгіла, яку вперше упровадили в університеті Макгіла в Монреалі і яка нині вважається основною теоретичною моделлю; 2) модель М. Аллен — за ім'ям автора. Вона з'явилася на початку 70-х років ХХ ст., коли одержала визнання концепція первинної медико-санітарної допомоги.

Основні положення моделі. Пацієнт — це біологічна істота, духовна і фізична сутність якого нероздільні.

Джерело проблем пацієнта. Розширення обмежених можливостей людини діяти самостійно в ситуаціях, пов'язаних зі здоров'ям, яке вона могла б забезпечити собі сама, якби мала для цього сили, бажання і знання.

Спрямованість сестринського втручання. Створення сприятливого для навчання середовища, яке б стимулювало, залучало і зацікавлювало родину як повноправного учасника процесу навчання і зміцнення здоров'я пацієнта. Взаємини медичної сестри і пацієнта мають будуватися на основі домовленостей, співробітництва і координації дій.

Мета догляду — досягнення життєвих цілей, мобілізація і підтримання на певному рівні сил і ресурсів особистості або її родини.

Сестринське втручання. Допомогти пацієнтові й родині розв'язувати різні проблеми зі здоров'ям, які виникають протягом усього життєвого циклу.

Оцінювання якості і результатів догляду. Медична сестра при проведенні тих або інших заходів із догляду керується результатами безперервного оцінювання готовності до них як пацієнта, так і його родини.

Роль медичної сестри. Медична сестра доповнює діяльність інших фахівців охорони здоров'я. Ця модель дає змогу медичним сестрам повністю реалізувати свою роль у галузі охорони здоров'я.

95

Застосування моделі М. Аллен у сестринському процесі

Оцінювання стану пацієнта

Медична сестра спостерігає за поведінкою пацієнта, а також використовує отриману інформацію від членів родини, виявляє сильні сторони родини і наявні проблеми, пов'язані зі здоров'ям пацієнта. Визначає пріоритети і ставлення членів родини пацієнта до певних сфер діяльності, їхні духовні цінності і переконання.

Планування сестринського догляду

Медична сестра з'ясовує: що думає, що відчуває, чого потребує пацієнт і його родина у зв'язку з майбутнім тривалим періодом його лікування. Вона повинна визначити час проведення тих або інших заходів догляду, керуючись при цьому результатами безперервного оцінювання готовності до них пацієнта і його родини. Пацієнт повинен усвідомити й використовувати потенційні можливості свої і своєї родини для того, щоб розробити план дій. Плани мають бути націлені на розв'язання всіх завдань, виявлених медичною сестрою в процесі роботи з родиною.

Сестринське втручання

Медична сестра повинна визначати підходи до подолання проблем пацієнта і його родини і оцінювати їхню ефективність. Вона постійно має працювати над планами дій з огляду на ситуацію в родині.

Оцінювання ефективності сестринського догляду

Медична сестра фіксує оцінювання пацієнтом і його родиною заходів із догляду і вносить у нього необхідні зміни, враховуючи думку членів родини про можливість досягнення очікуваних результатів. Узагальнює роботу, проведenu членами родини.

Наприклад. Пацієнт поступив у терапевтичне відділення з діагнозом: гіпертензивний криз — у супроводі дружини і двох синів. При обстеженні медична сестра відзначає у пацієнта надмірну масу тіла. Він стурбований своїм станом.

При первинному оцінюванні стану пацієнта медична сестра збирає відомості про нього і його родину: які проблеми зі здоров'ям і які захворювання у членів родини були раніше, як родина вирішувала ці проблеми; якими засобами при цьому користувалася; яким був внесок кожного члена родини у вирішення цих проблем. Крім цього пацієнт описує своє повсякденне життя, тобто режим і характер праці, харчування, фізичні навантаження, стосунки в родині.

Планування сестринського догляду

Медична сестра разом із пацієнтом виявляють наявну проблему — ту, що стала причиною його госпіталізації, а також пріоритети і ставлення членів родини до певних сфер діяльності. Ця проблема довго тривала. Пацієнт і його родина повинні це зрозуміти й усвідомити. Пацієнт має використовувати потенційні можливості свої і своєї родини для того, щоб розробити план дій.

Сестринське втручання передбачає встановлення/виявлення:

— способу життя пацієнта (як захворювання може позначитися на професійній діяльності);

96

- стресу (якщо не вдається змінити місце);
- дієту і контролю за масою тіла;
- фізичного навантаження (чи виконує фізичні вправи);
- шкідливих звичок (куріння).

Ознайомившись із декількома моделями з безлічі існуючих, можна дійти висновку, що єдиної моделі на сьогодні не існує.

Медичні сестри в багатьох країнах одночасно використовують кілька моделей, причому вибір моделі залежить від неможливостей пацієнта задовольнити ті або інші потреби. Осмислення вже розроблених моделей допомагає вибрати придатні для конкретного пацієнта.

Модель сестринського догляду допомагає медичній сестрі зосередитися на важливому при обстеженні пацієнта, встановленні діагнозу і плануванні сестринського втручання.

Взаємозв'язок основних потреб людини за А. Маслоу і видів повсякденної діяльності за В. Хендерсон

У рамках структури ВООЗ рекомендується використовувати модель В. Хендерсон, що не виключає використання моделей Н. Роупер, В. Доган, А. Тайєрні, К. Рой, Д. Орем, М. Аллен. Слід пам'ятати, що будь-яка модель не постійна, вона може зазнавати змін, відтворюючи практичну діяльність, завдання сестринської справи у певний період часу.

В. Хендерсон, розробляючи свою модель, брала за основу теорію американського психолога А. Маслоу про ієрархію основних людських потреб. Потреб за В. Хендерсон значно менше в кожному рівні. Це пояснюється тим, що в середині 60-х років ХХ ст., коли було створено цю модель сестринської справи, реальні можливості медичної сестри в США обмежувалися діяльністю із задоволення саме цього обмеженого переліку потреб.

В. Хендерсон стверджує, що здатність людини задовольняти свої щоденні потреби змінюються залежно від її темпераменту й емоційного стану (табл. 9).

00

Таблиця 9. Проблеми пацієнта,

які пов'язані з порушенням задоволення основних потреб людей

Потреба	Обстеження пацієнта*		Приклади можливих втручань медичної
	суб'єктивне опитування	об'єктивне дослідження	

	скарги	фактори ризику, що впливають на потребу	огляд	сестри
1. Дихання (забезпечення постійного газообміну людини і навколишнього середовища)	<ul style="list-style-type: none"> • задишка; • біль у грудній клітці; • кашель 	<ul style="list-style-type: none"> • куріння; • праця; • проживання в умовах загазованості довкілля 	<ul style="list-style-type: none"> • зміна кольору шкірних покривів; • ціаноз (синюшність); • зміна частоти, ритму та глибини дихання(дихання Куссмауля, Біота, Чейна — Стокса); • гарячка 	<p>Забезпечити приплив свіжого повітря до приміщення, де перебуває пацієнт. Надати пацієнтові вимушеного положення тіла для полегшення дихання (положення Фаулера).</p> <p>Провести оксигенотерапію.</p> <p>Виконати заходи щодо очищення дихальних шляхів (постуральний дренаж). Навчити пацієнта "техніці кашлю", провести вібраційний масаж.</p> <p>Провести найпростішу фізіопроцедуру за відсутності протипоказань.</p> <p>Виконати лікарську терапію за призначенням лікаря</p>

МИСТЕЦТВО СПІЛКУВАННЯ В МЕДСЕСТРИНСТВІ. НАВЧАННЯ В СЕСТРИНСЬКІЙ СПРАВІ. ПОНЯТТЯ ПРО СЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС

Після вивчення теми студенти мають **Знати:**

- спілкування як ефективний засіб допомоги пацієнтові адаптуватися до змін у житті через захворювання;
- рівні спілкування;
- терапевтичні і нетерапевтичні засоби спілкування;
- два типи спілкування: словесний і безсловесний. Якість і стиль мовлення, його темп, гучність;
- словесний склад;
- розрахунок часу;
- майстерність письма як форма словесного спілкування з пацієнтами зі зниженням слуху;
- засоби підтримки зв'язку із пацієнтами, не здатними до вербального спілкування;
- самоконтроль медичної сестри при безсловесному спілкуванні (міміка, жести);
- етапи сестринського процесу, їхній зміст і взаємозв'язок. **Уміти:**
- оцінювати потребу в навчанні;
- оцінювати вихідний рівень знань, навичок пацієнта;
- мотивувати навчання;
- оцінювати здатність до навчання;
- визначати зміст навчання;

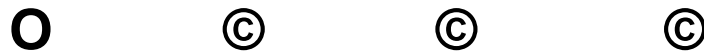
- організувати навчання;
- складати індивідуальний план навчання, реалізувати його;
- оцінювати якість та ефективність навчання.

Спілкування та його види

Спілкування — це складний соціально-психологічний процес взаєморозуміння між людьми, що відбувається за допомогою передачі словесної (*вербальної*) і безсловесної (*невербальної*) інформації. Це постійний, динамічний процес передачі інформації від відправника до одержувача, процес установалення і розвитку контактів між людьми, породжуваний потребами спільної

117

діяльності. В останні роки в науці все частіше замість слова "спілкування" використовується термін "комунікація" (мал. 3).



Комунікант (відправник)

Повідомлення

Канал спілкування

Комунікат (отримувач)

1) усна мова — вербальне повідомлення: "Я Вас розумію"

2) міміка, жести (невербальне) — глухонімі

3) письмове (невербальне) повідомлення (електронні засоби і т. ін.)

Підтвердження повідомлення

ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК

Мал. 3. Схема спілкування

Існують два способи комунікації: вербальний і невербальний. Спосіб комунікації залежить від змісту повідомлення й індивідуальних якостей одержувача повідомлення. Наприклад, сліпа людина краще розуміє словесну інформацію. Глуха — може читати, у тому числі і по губах.

Комунікація — обмін вербальною інформацією між людьми за допомогою невербальних засобів.

Вербальна інформація відображається у висловлюваннях або написаних (лист) почуттях, думках, спостереженнях.

Мовне спілкування відбувається між людьми за допомогою усного або письмового мовлення. Важливо, що говорять і як говорять. Важливо, щоб спілкування було ефективним.

Невербальна інформація відображає вчинки або поведінку того, хто передає інформацію з використанням дотиків, міміки, жестів, символів, пози замість слів. Невербальні способи спілкування, наприклад дотик рукою до плеча, дають змогу повідомити пацієнта про співпереживання, підтримку; однак пацієнт швидко розпізнає фальшиве ставлення, тому ці способи використовує уважна й делікатна медична сестра.

Основою для комунікації служать такі критерії, як співпереживання, повага і щирість, делікатність, визнання права людини на свободу думок, почуттів, гідні лікування і догляд.

118

Метою процесу взаєморозуміння для медсестер гуманістичного складу є вивчення таємниці, якою залишається пацієнт. У результаті такого вивчення, а не "розгадки", можна більше довідатися одночасно про всіх, хто оточує пацієнта, у тому числі і про себе.

Спілкування в сестринській справі — це процес, породжений потребами спільної діяльності пацієнта і медичної сестри, мистецтво впливу на особистість пацієнта з метою адаптації (приспосовування) до змін у житті у зв'язку зі змінами стану здоров'я.

Навички спілкування в сестринській справі вимагають спеціальних знань і вмінь, тому що медичній сестрі необхідно враховувати стан здоров'я пацієнта, його фізичний і психічний стан.

Зони комфорту при спілкуванні

Для надання максимальної допомоги і підтримки пацієнтові медичній сестрі потрібні комунікативні і професійні знання, уміння слухати, ставити запитання, співпереживати, проявляти увагу і турботу, урахувувати зони комфорту при спілкуванні.

Розрізняють такі зони комфорту:

- *надінтимну* — від 0 до 15 см;
- *інтимну* — 16—45 см;
- *особисту* (46 см — 1 м 20 см);
- *соціальну* (1 м 20 см — 3 м 60 см);
- *суспільну* (понад 3 м 60 см).

Установивши довірчі взаємини з пацієнтом, медична сестра успішно працюватиме з ним у будь-якій зоні: виконуючи ін'єкції, доглядаючи за тяжкохворим, розмовляючи з пацієнтом і колегами, навчаючи пацієнтів і їх родичів у школах пацієнтів або навчаючи студентів під час виробничої практики.

Функції спілкування

1. *Контактна* — установлення стану взаємної готовності до спілкування.
2. *Інформаційна, пізнавальна* — обмін інформацією, повідомленнями.
3. *Спонукальна* — стимуляція активності партнера.
4. *Координаційна* — взаємне орієнтування й узгодження спільної діяльності.
5. *Функція розуміння* — адекватне розуміння змісту сказаного, дій, стану свого партнера.
6. *Емоційна* — обмін емоціями між партнерами (усмішка, перший крок до обміну емоціями).
7. *Установлення відносин* — усвідомлення місця свого партнера в системі міжособистісних, ділових і виробничих відносин.
8. *Вплив* — зміна поведінки, стану, знань, дій партнера.
9. *Взаємодія і сприйняття себе через інших* (уміння поставити себе на місце співрозмовника).

119

Рівні спілкування

Психологія найчастіше виділяє три рівні спілкування.

1. *Внутрішньоособистісне* спілкування.
2. *Міжособистісне* — спілкування між людьми, що відбувається з певною метою, коли комунікація набуває відкрито взаємного характеру як взаємні передавання і прийняття інформації: спілкування на певну тему для вирішення спільного завдання. Комунікація може проявлятися у вигляді чи набувати характеру поінформування, опитування, навчання, інструктажу, наказів та ін., забезпечуючи злагодженість спільної роботи. Обмін інформацією у цьому разі є спільним розв'язання завдання — одержання потрібних відомостей (у процесі обстеження пацієнта), засвоєння навчального матеріалу (у процесі навчання) і т. п. Таке навчання може завершитися в один сеанс або потребує декілька зустрічей.
3. *Суспільне* — спілкування однієї людини з аудиторією. Спілкування на цьому рівні вимагає дотримання певних правил, традицій, прийнятих норм.

Спілкування є функціональною елементарною одиницею системи спілкування особистості в певний період життя: запитання—відповідь, рукостискання, багатозначний погляд, мімичний рух у відповідь, тобто мовна і немовна діяльність як мовця, так і того, хто слухає.

Засоби спілкування

До *вербальних засобів* спілкування відносять мовлення, яке одночасно виступає і джерелом інформації, і способом впливу на співрозмовника. Не слід забувати слова прадавнього поета Сааді: "*Розумний ти або дурний, великий ти або малий, не знаємо ми, поки ти слова не сказав*".

Медична сестра повинна вивчити манеру пацієнта говорити, яка може відображати його індивідуальні особливості, темперамент. Голосне мовлення має націлити медичну сестру на думку про порушений слух пацієнта. Медична сестра повинна знати, що манера говорити

може залежати від патології свідомості, мислення, мовленнєво-соматичних і психоневрологічних захворювань. Наприклад, при задишці пацієнт говорить уривками, важко, при патології свідомості (галюцинації, сопор, кома), деяких соматичних захворюваннях пацієнт не відповідає на поставлені запитання (неадекватна реакція пацієнта). Розрізняють мовлення швидке, повільне, заїкувате, емоційне, монотонне, голосне, шепітне, невиразне, з бідним словниковим запасом.

У нормі мовлення має бути плавним, спокійним, розміреним.

Мова людини розкриває спрямованість особистості: її інтереси, потреби, переконання — і належить до явищ духовної культури. Мова є найсильнішим засобом спілкування, впливу на людину. "Слово лікує — слово ранить". За допомогою мови медична сестра дає поради й інструкції, впливає на емоційний стан пацієнта і як *наслідок* — на *функціонування внутрішніх органів*.

Щоб користуватися словом, треба знати психологію мови, пам'ятати про різючу і зцілювальну силу слова, не забувати про самоконтроль.

Використовуючи мову як терапевтичний засіб спілкування, медична сестра застосовує елементи психотерапії - роз'яснення, переконання і т. п.

120

Практично в кожній бесіді з пацієнтом медична сестра намагається виправити помилкове судження пацієнта, породжене неправильним оцінюванням свого хворобливого стану. Мету таких бесід можна вважати досягнутою, якщо пацієнт набув упевненості, віри у видужання. До невербальних засобів спілкування належать зовнішні прояви людських почуттів і емоцій.

Невербальне спілкування. Слова вимовляються на тлі невербальних засобів комунікації.

Це знаки й символи, що надають значення словам, які ми чуємо.

Таким чином передаються настрої, характер і ставлення: *"Важливо не тільки те, що ти говориш, але і як ти говориш"*.

Зоровий контакт, вираз обличчя, поза і положення значною мірою передають наші думки і почуття. Уважається, що невербальна комунікація в чотири рази сильніша за вербальну.

Думаючи про невербальну комунікацію, завжди корисно пам'ятати одне правило: щось завжди відбувається. Невербальні сигнали говорять більше, ніж слова. Медична сестра повинна стежити, чи немає розбіжностей між словами із цими сигналами.

Міміка — рухи м'язів обличчя, які відображають внутрішній емоційний стан людини і несуть більше ніж 70 % інформації про те, що переживає людина. За допомогою міміки передаються шість основних емоційних станів: радість, гнів, страждання, відраза (гидливість), страх, подив (здивування) — і їхні модифікації: страх — жах, сум (печаль, журба, туга) — страждання і т. п.

Жести дають змогу краще розбиратися в людях. Це соціально відпрацьовані рухи тіла людини, її рук, голови, тулуба, що відображають психологічний стан людини.

Жестика — моторика всього тіла, яка проявляється змінами поз, ходи, постави, своєрідних рухів рук, а також інших невербальних засобів спілкування, таких як дотику — рукостискання, поцілунки, доторкання, погладжування, відштовхування та ін.

Вираз обличчя демонструє психічний стан людини. Спостерігаючи за зовнішнім виглядом пацієнта, медична сестра описує вираз обличчя: злісне, перелякане, апатичне, розгублене та ін. Нормальний вираз обличчя — без особливостей, урівноважений.

Через міміку, жести, зоровий контакт, тон голосу, позу, рухи і вираз обличчя медична сестра повинна вміти розшифрувати інформацію про думки, почуття, ставлення пацієнта до оточення, підтримувати зв'язок із пацієнтами, не здатними до вербального спілкування.

Вираз обличчя медичної сестри впливає на ефективність спілкування з пацієнтом і колегами. Важливо, щоб під час привітання або схвалення медична сестра не була похмурою, а привітно усміхалася, виявляла зацікавленість.

Поза пацієнта може бути вимушеною, напруженою, розслабленою та відображати емоційний стан.

121

Розрізняють закриті і відкриті пози, які вказують на настрій спілкуватися. *Закрита поза* — "поза Наполеона" — свідчить про те, що пацієнт не прагне до спілкування (у положенні стоячи — руки схрещені на грудях, а в положенні сидячи — обидві руки впираються в підборіддя). *Відкриті пози*: руки розкриті долонями нагору, у положенні сидячи — ноги витягнуті.

Поза медичної сестри при спілкуванні говорить про манеру триматися, культуру медичної сестри, відображає її готовність допомогти пацієнтові.

Основні стилі спілкування

Щоб бачити "деталі" комунікативного процесу, навчитися за цілісним враженням від ситуації спілкування, одержувати відсутню інформацію, зв'язати компоненти спілкування в певний стиль спілкування і уявити, як той або інший стиль впливає на відносини між людьми, на їхнє здоров'я, необхідно вміти діагностувати (розпізнавати) стилі спілкування:

- діловий (конвенціональний);
- примітивний;
- маніпулятивний;
- актуалізований.

Діловий (конвенціональний) стиль припускає велику дистанцію між людьми. Вираження емоцій при цьому обмежене. Учасники спілкуються як носії певних службових функцій.

Примітивний стиль спілкування припускає наявність між людьми "театральних" або "повсякденних" відносин. Емоції при цьому виражаються залежно від ситуації і підпорядкованості. Правилами взаємодії стають примітивні відносини: один перебиває іншого, вимовляються репліки, виражаються агресивні почуття. Учасники спілкуються "на публіку".

Маніпулятивний стиль — це вид деструктивної поведінки в спілкуванні, який впливає на здоров'я людини. Людина вибирає цей стиль спілкування тоді, коли їй вигідно перебільшувати свою силу або демонструвати свою слабкість (кваліть).

Актуалізований стиль демонструє мотивовані, відчуті доводи поведінки. Людина ухвалює рішення спокійно, без образ, висловлювання реалізуються в доброзичливій формі. Такій людині можна вірити, вона може бути очима "сліпого". Це вид конструктивної поведінки людини.

Майстерність спілкування медичної сестри

Участь. Дійсне значення участі — це увага до почуттів іншої людини, прийняття, зацікавленість. Учасності не можна досягти відразу, для її розвитку потрібен час.

Уміння слухати означає відкритість для світу, думок і почуттів інших людей. Це активні, свідомі зусилля щодо формування участі, а не пасивне сприйняття.

Для розуміння смислу вимовлених слів потрібні зосередженість, відсутність упередженості, зацікавленість. Розуміння іншої людини включає розуміння її точки зору.

Зосередити увагу означає пригнітити власні заботи, упередження, почуття заклопотаності і будь-які інші чинники (внутрішні або зовнішні).

122

Медична сестра, що вміє слухати, легше розпізнає потреби пацієнта; вона не тільки чує те, що говорить пацієнт, а й звертає увагу на повторювані "теми" у його висловлюваннях.

Прояв занепокоєння про іншу людину означає надання допомоги і сприяння самореалізації. Спілкування медичної сестри з пацієнтом, а також тих осіб, що беруть участь у сестринському процесі, має включати розуміння, терпіння, чесність, щирість, довіру, надію і мужність.

Відкритість — це розкриття свого внутрішнього "я" іншій людині; припускає взаємність.

Відкритість, саморозкриття є обов'язковою умовою для спілкування і здійснення різних терапевтичних процедур у процесі лікування.

Відкриті взаємини припускають прийняття, співпереживання, участь у процесі спілкування.

Прийняття — те саме що прощення: медична сестра зважає поведінку іншої людини, бере до уваги позитивні й негативні критерії цієї поведінки, свідомо не надає значення негативним критеріям, а на позитивних, що сприяють прагненню до здоров'я, загострює увагу, але не нав'язує напрямки, у яких вони мають розвиватися. Натомість вона дає змогу співрозмовникові самому визначати характер спілкування, реакцію і все, що має значення для такої реакції. Ухвалюючи пацієнта, медична сестра ніби "дозволяє" йому прийняти самого себе. Відкриті взаємовідносини припускають і співпереживання, тобто здатність точно сприймати внутрішній стан іншої людини, її ціннісну орієнтацію.

Медична сестра, яка співпереживає, є віддзеркаленням пацієнта, демонструючи почуття присутності.

В атмосфері взаєморозуміння пацієнтові легше віднайти себе, нові цінності в процесі адаптації, правильніші і позитивні.

Щирість є необхідною умовою для встановлення довірчих відносин. Щирість означає, що спілкування гармонійне. Щира або гармонійна людина — це та людина, яка розуміє свої внутрішні почуття і думки і правильно їх виражає як словесно, так і в іншій формі.

Щирість сприяє виникненню і підтримці довіри до самого себе, а також до інших, що переростає у вільне і відкрите спілкування.

Повага — прийняття іншої людини як гідної особистості, незважаючи на її недоліки.

Відчуття того, що тебе поважають, необхідне для розвитку і підтримки здоров'я.

Усі компоненти ефективної комунікації створюють сприятливу атмосферу для розуміння.

Вони є підґрунтям для вміння слухати і розуміти.

Знаючи ці компоненти, медична сестра зможе зрозуміти важливі аспекти сестринського спілкування, які необхідно враховувати для створення відповідних умов при здійсненні сестринського процесу. Вони допоможуть пацієнтові довірити медичній сестрі приватну інформацію.

Загальні принципи вміння ефективно слухати

1. Не перебивайте запитаннями. Дайте можливість пацієнтові сказати все, що він бажає.
2. Усуньте відволікальні фактори: телефонні дзвінки, присутність інших людей, шум.

123

3. Поставтеся до пацієнта з повагою, під час розмови не читайте, не пишiть, не дивiться у вікно, не стукайте олівцем по столу та ін.; дивiться на пацієнта, який говорить. Дайте зрозуміти, що вас цікавить те, що він говорить. Будьте максимально уважними і виявляйте співчуття.

4. Постарайтеся зрозуміти суть. Зверніть увагу на манеру пацієнта розмовляти. Оцініть його емоційні реакції і почуття. Оцініть рівень сприйняття пацієнтом ситуації.

5. Намагайтеся вловити основну ідею. Зрозумійте тему бесіди, а не її деталі.

6. Відокремлюйте людину від ідеї. Звичайно позитивно реагують на висловлювання людей, яких люблять, порівняно з тими, до яких байдужі. Намагайтеся правильно сприймати те, що говорить пацієнт.

7. Визначте, про що пацієнт уникає говорити. Запитайте себе, чи не приховав пацієнт у своїй розповіді якийсь істотний момент, чи не приховує він свої почуття або людину, яка відіграє важливу роль у його житті?

8. Відокремлюйте емоції від реакцій. Емоції гніву чи смутку заважають уважно слухати співрозмовника і з розумінням реагувати на його слова.

9. Будьте обережними з інтерпретаціями. Не робіть поспішних висновків. Намагайтеся вловити факти.

10. Поважайте пацієнта як людину. Проявляйте щирі повагу, інтерес і турботу.

11. Співпереживайте. Поставте себе на місце пацієнта, щоб зрозуміти його вчинки. Це допоможе вам побачити світ таким, яким його бачить пацієнт.

Фактори, що сприяють спілкуванню

Успішному спілкуванню сприяє *емпатія* — здатність розуміти й відчувати емоційний стан іншої людини, співпереживати. Емпатія — протилежність байдужості й егоцентричності. Рівень емпатії залежить від спадковості, виховання, умов життя і може значно підвищитися в разі цілеспрямованої роботи над собою.

Надаючи допомогу пацієнтам, медична сестра повинна використовувати арсенал особистих якостей і навичок, способів і методів спілкування для встановлення довіри з пацієнтом і членами його сім'ї з метою пошуку ефективного вирішення проблем пацієнта.

Ці особисті якості значно полегшують спілкування і вирішення проблем пацієнта.

До особистих якостей медичної сестри належать: щирість, турботливість, здатність співпереживати, поважати інших.

Володіючи цими якостями, медична сестра повинна встановити довірчі взаємовідносини шляхом цілеспрямованої бесіди, виявлення довіри і контакту, створення умов для самовираження.

Цілеспрямована бесіда орієнтована на певну мету. Вона вважається критерієм умілого спілкування, допомагає пацієнтові звільнитися від напруження і хвилювання. Умови, створювані медичною сестрою, забезпечують конфіденційність і відчуття підтримки.

124

Довіра і контакт — це дуже важливі елементи. Вони виникають, якщо пацієнт переконаний у щирості намірів медичної сестри, її неупередженому ставленні. З довірою пов'язана конфіденційність.

Створення умов для самовираження: медична сестра за допомогою цілеспрямованої бесіди надає пацієнтові можливість самовиразитися. Необхідно створити такі умови, за яких у пацієнта виникне можливість мислити і вирішувати свої проблеми ніби самостійно. Слід допомогти пацієнтові самовиразитися і зберегти ініціативу.

До факторів, що сприяють спілкуванню, належать навички і вміння, які можуть допомогти пацієнтові розібратися у своїх проблемах і розповісти про них.

Найвагоміші з них:

- уміння спілкуватися;
- уміння реагувати і ставити запитання;
- уміння планувати мету;
- навички моделювання, демонстрації для навчання пацієнта;
- консультивання, проведення практичних занять для оволодіння новими навичками.

Конфронтація. Коли пацієнт думає, що він нікому не потрібний, медична сестра, установивши гарні взаємини з родичами, які проявляли турботу про пацієнта, переконує пацієнта в протилежному.

Підтримка. Серйозні проблеми ускладнюють стан пацієнта; але коли він переконується в невинності лікаря, він збентежений, і тут дуже важливу роль відіграє медична сестра, яка проявляє співпереживання, розуміння і підтримку.

Мовчання. Смерть близької людини спричинює в пацієнта сильні емоції, сльози. У цьому випадку краще промовчати і просто "*бути поруч*" із пацієнтом.

Дотик. Затримати руку на плечі пацієнта, коли йому тяжко, показуючи, що медична сестра розуміє всі труднощі ситуації і виявляє йому підтримку.

Таким чином, ефективне спілкування залежить від професіоналізму й особистих якостей і вмінь, способів і методів спілкування медичної сестри, які в сестринській справі взаємозалежні.

Фактори, що перешкоджають спілкуванню

1. Поради пацієнтові або висловлювання медичною сестрою своєї думки можуть негативно вплинути на прийняття рішення пацієнтом. Часто пацієнти знають, що робити у тій ситуації,

із приводу якої медична сестра проводить бесіду з ним. Якщо її поради відрізняються від того, що прагне почути пацієнт, то це може зумовити в нього відчуття протиріччя.

2. *Різка зміна предмета бесіди* може перервати взаєморозуміння. Рекомендується робити часті паузи під час розмови з використанням перехідних фраз. На тлі відповідей і реплік виникне можливість для осмислення.

3. *Захист людей, яких критикує пацієнт.* У пацієнта виникне припущення, що медична сестра засуджує його, і це перешкоджатиме подальшому вираженню почуттів під час бесіди.

125

4. *Зниження почуттів пацієнта.* Пацієнт, виражаючи заклопотаність, чекає від медичної сестри розуміння і співчуття. Не слід наполягати на тому, що нічого страшного не трапилося, що не варто турбуватися. Такі репліки демонструють відсутність розуміння або співчуття.

5. *Обіцянки пацієнтові.* Говорячи "усе буде добре", медична сестра заперечує реальність ситуації, у якій перебуває разом з пацієнтом, змушує його приховувати страх і занепокоєння, які є звичайними людськими реакціями і вимагають сестринського втручання.

6. *Поспішні висновки* можуть спричинити протидію з боку пацієнта. Слід бути мудрою, перевіряти факти. Наприклад, не варто припускати, що людина, хвора на рак, автоматично погодиться на оперативне видалення пухлини.

7. *Культурні відмінності:* мова, норми спілкування. Відмінності культур впливають на те, як можуть бути сприйняті вербальні і невербальні засоби спілкування. Наприклад, японці виражають радість, широко розплющивши очі. У слов'янській культурі — це вираз страху. Культура впливає і на повір'я, поведінку, пов'язані зі здоров'ям: магія, ритуали, споживання певної їжі. Тому важливо визначити етнічну орієнтацію людини і розпитати її про спосіб життя і вірування.

8. *Стилі спілкування.* На вербальне і невербальне спілкування впливають культура і виховання, традиції і норми. Щоб адаптуватися до стилю бесіди, необхідно брати до уваги культурні особливості нації, представником якої є пацієнт. Наприклад, дотик у деяких культурах є проявом уваги, інші вважають дотик сексуальним домаганням.

9. *Відмінності у віці.* Вік людини може впливати на спосіб ведення бесіди. Спілкування з дитиною віком до 6 років звичайно зводиться до бесіди з батьками або опікуном, хоча враховується і поведінка самої дитини. Часто батьки вважають себе винуватими в порушеннях стану здоров'я дітей. У таких випадках потрібно ставити неосудливі запитання, щоб одержати потрібні відомості. Наприклад, слід запитати: "Коли Ви помітили перші ознаки підвищення температури тіла?", а не "Чому Ви не доставили його в лікарню раніше?". Потрібно співчувати батькам і виявляти їм підтримку.

З дітьми віком понад 6 років розмовляють безпосередньо. Гра й малюнки є альтернативними засобами одержання інформації. Не слід спілкуватися з ними як з малюками або зверхньо. Розмовляти потрібно, як із дорослими. Якщо присутні батьки, необхідно спостерігати за внутрішньосімейними відносинами. Якщо батьки домінують у розмові й інструктують дитину, як їй треба відповідати, медична сестра може звертатися прямо до дитини: "Тепер я хочу почути, як ти почуваєшся в цій ситуації". Слід використовувати цей прийом і під час бесід з людиною літнього віку. Необхідно з'ясувати, чи немає в неї проблем зі слухом. Потрібно уникати підвищення голосу, навіть якщо в пацієнта проблеми зі слухом.

10. *Голосне мовлення.* Гучні слова можуть дратувати і навіть ображати.

126

У людей літнього віку із втратою слуху звичайно не сприймаються звуки високої тональності, і підвищення голосу підвищує висоту звуку. Перед початком бесіди слід переконатися, що в пацієнта немає проблем зі слухом. Якщо пацієнт погано чує, то необхідно сісти навпроти, розмовляти повільно і чітко; це допоможе полегшити спілкування з ним; можливо, він зможе читати по губах.

Кращі взаємини забезпечать гарне освітлення, відсутність сторонніх звуків (радіо, телевізор). Для бесіди з людьми літнього віку однієї бесіди недостатньо — потрібно приділяти пацієнтам більше часу. Часто люди літнього віку не договороють, вважають, що деякі симптоми є віковими особливостями і не мають великого значення. Встановлення довіри, взаєморозуміння, повага до віку — єдиний спосіб подолати перешкоди у спілкуванні. Один з ефективних способів установити взаєморозуміння з людиною літнього віку — це дати можливість їй згадати минулі дні і колишні заслуги.

Спілкування з пацієнтом і всіма, хто бере участь у лікуванні і догляді, вимагає розуміння, поваги і віри у видужання пацієнта. Унікальність сестринського спілкування полягає в тому, що пацієнт повинен вірити в доброту й силу, здатність медичної сестри керувати процесом адаптації. Унаслідок необережних слів або дій медичної сестри в пацієнта можуть виникнути **психогенні реакції**, відхилення в стані здоров'я, які називаються *ятрогеніями* (від грец. *iatros* — лікар, *γεναιο* — породжую), негативний вплив на хворого слів чи дій медичної сестри (чи інших медичних працівників: санітарки, працівника реєстратури та ін.), це психогенні реакції, зумовлені неправильним, непродуманим спілкуванням лікаря (медичної сестри) із хворим.

У походженні ятрогеній слід розрізняти такі взаємопов'язані чинники: 1) *неправильна поведінка медичного персоналу*; 2) *індивідуальні особливості пацієнта*; 3) *особливості конкретної ситуації*.

1. *Неправильна поведінка медичного персоналу*:

- необережний словесний вплив (уживання персоналом незрозумілої спеціальної медичної термінології, розмови серед персоналу про діагноз або стан певного хворого);
- поспішна або необгрунтована інформація про стан здоров'я, прогнози захворювання;
- неправильне тлумачення лікувальних і діагностичних процедур, результатів аналізів;
- необережний вплив шляхом невербальних засобів (міміка, жест та ін.);
- "німа" сестрогенія від бездіяльності і неухважності медичної сестри;
- неправильне зберігання медичної документації й ознайомлення з нею пацієнта;
- непрямі наслідки лікування — ятрофармакопатія, ятрофізіопатія і т. п. — ятрогенія внаслідок невдалого підбору фармацевтичних препаратів або помилок медичної сестри при роздачі ліків у стаціонарі.

2. У виникненні ятрогеній відіграють роль *індивідуальні особливості пацієнта*: тривожність, депресивність, підозріливість, іпохондричність, підвищена

127

емоційність, а також ірраціональні установки у частини хворих стосовно конкретних медичних працівників, медичних закладів або медичних професій.

Тривожний пацієнт постійно хвилюється. У поводженні з медичним персоналом невпевнений, покірний, боязкий. У пацієнтів цього типу легко виникають вегетосудинні реакції (непритомність) під час проведення діагностичних і лікувальних процедур. З такими пацієнтами необхідно проводити ретельну психокорекцію перед кожною процедурою.

Підозріливий пацієнт насторожений, недовірливо ставиться до медичного персоналу і лікування в цілому. Якщо з'ясується, що такі пацієнти поводяться так само і в повсякденному житті, то йдеться про так звану психопатію. З такими пацієнтами повинен попрацювати психолог. Починати лікування потрібно після того, як пацієнт подолав бар'єр недовіри і відчуженості.

Демонстративний пацієнт намагається справити враження на оточуючих, відчуває постійну потребу у визнанні. Він переживає "нестерпні муки", вимагає до себе посиленої уваги. Про його перебування в лікувальному закладі знає весь медичний персонал. Демонстративний характер поведінки пацієнта, перебільшений опис скарг можуть зумовити негативне ставлення до нього оточуючих. Проте під час роботи з таким пацієнтом слід не викривати його, а підкреслити стійкість його характеру.

Депресивний пацієнт пригнічений, ізольований від оточуючих, мовчазний, неохоче розкриває свій внутрішній світ. Він налаштований песимістично, не вірить в успіх лікування

і видужання. Такий тип поведінки може бути у тяжко- і невиліковнохворих. Проте депресивна поведінка може бути зумовлена й іншими причинами. З такими пацієнтами повинен попрацювати психолог. Але психологічний вплив медичних сестер і всього медичного персоналу є дуже важливим, іноді навіть вирішальним. Оптимізм медичного персоналу, віра у видужання пацієнта мають для нього велике значення. Слід залучати таких пацієнтів до догляду за іншими оптимістично налаштованими пацієнтами, давати нескладні доручення.

Іпохондричний пацієнт надмірно уважний до свого здоров'я, цікавиться результатами всіх лабораторних та інструментальних досліджень, читає спеціальну літературу, необгрунтовано припускає наявність у себе найрізноманітніших захворювань.

Іпохондричний синдром не завжди зумовлений соматичним захворюванням, він може мати і невротичне походження. У цьому випадку фізичні скарги **не** мають органічного підґрунтя і є симптомом неврозу. Ятрогенна іпохондрія може бути спричинена неделікатністю, необережністю медичного персоналу у висловлюваннях. У такому разі авторитетний для хворого лікар повинен здійснити психокорекцію; грамотно, дохідливо, обгрунтовано і послідовно вести хворого до його одужання.

3. **Особливості конкретної ситуації.** Сприятливе підґрунтя для ятрогенії можуть створювати: тривожне очікування хворим визначеного "страшного діагнозу" (рак, туберкульоз, СНІД та ін.), усвідомлення можливих наслідків

128

або летального завершення захворювання, осудливі слова на адресу хворого, почуті ним, зумисне поширення різних чуток, спрямованих на професійну дискредитацію лікаря, медичної сестри та інших медичних працівників.

Критерії ефективності спілкування

Найкраща стратегія ділової бесіди — це позитивна установка. Велику роль відіграють перші вимовлені слова. Бажано довідатися ім'я та по батькові вашого співрозмовника до бесіди. Якщо це неможливо, необхідно прямо запитати. Пам'ятайте, що найбажаніший для людини звук — це звук його власного імені, його правильне (без перекручування) уживання на початку і в ході бесіди.

Спробуйте запам'ятати найважливіші дані про співрозмовника з медичної документації, а потім посилайтеся на них у ході бесіди.

Розпочинайте бесіду з так званого "Ви-підходу". Спробуйте поставити себе на місце співрозмовника, уявити його інтереси. Це позначиться на суті і формі ваших висловлювань. Порівняйте:

— "Я б прагнула..." — "Ви прагнете...";

— "Мене цікавить..." — "Це має бути для Вас цікаво...";

— "Я зробила висновки..." — "Вам буде цікаво довідатися, що...".

Оберіть певний стиль ведення бесіди: висоту тону, тембр, гучність, тривалість, частоту пауз, швидкість, наявність і характер пауз, жестів, інтонацію і т. п. Невідповідність стилю бесіди може призвести до відмови співрозмовника брати участь у ній. Аналізуйте причини зміни поведінки співрозмовника; зрозумійте причини труднощів; по можливості конкретно визначте стильові й інші неузгодженості. Використовуйте для діагностики ситуації невербальну поведінку і вираження почуттів. Позитивні емоції люди не приховують, і це ви зможете визначити за виразом обличчя. Звичайно, міміку можна свідомо контролювати, вона залежить від національних і культурних стереотипів. Це становить значні труднощі.

Набагато красномовнішими виявляються інші не-мовні знаки: поза, жести, взаємне розташування, відстань між співрозмовниками, зоровий контакт та ін.

Ефективність спілкування залежить і від умов проведення бесіди — місця, часу, наявності перешкод (шум, наявність сторонніх людей, безлад у кімнаті і т. п.). Варто пам'ятати, що тяжкохворий не може слухати по-справжньому уважно, у такій ситуації спілкування стає формальним і неефективним. Крім того, необхідно пам'ятати, що людина схильна не чути того, що їй неприємно, або інтерпретувати у сприятливішому для себе змісті.

Таким чином, можна зробити висновки, що володіння технікою професійного спілкування може слугувати ефективним засобом надання допомоги людям в адаптації до життя у зв'язку зі змінами в стані їхнього здоров'я.

Десять "так" терапевтичного спілкування

1. Звертайтеся до пацієнта на ім'я і по батькові і на "Ви".
2. Починайте бесіду із зазначення вашого імені і по батькові і посади.
3. Дивіться пацієнтові в очі на одному рівні, усміхайтесь; якщо пацієнт лежить, присядьте на стілець.

129

4. Забезпечте конфіденційність вашої бесіди. Пам'ятайте, що конфіденційність є умовою створення довірчих відносин з пацієнтом.
5. Заохочуйте запитання з боку пацієнта.
6. Говоріть неквапливо, дохідливо, користуйтеся винятково позитивною інтонацією голосу.
7. Дотримуйте принципів ефективного вміння слухати.
8. Проявляйте майстерність спілкування медичної сестри з пацієнтом.
9. Проявляйте безперервну ініціативу в створенні психологічного мікроклімату при спілкуванні з пацієнтом.
10. Створіть атмосферу взаєморозуміння і довіри. *Уміння слухати.* Елементами активного слухання є:

1) заохочувальні невербальні аспекти — зоровий контакт; поза, яка сигналізує про увагу та готовність слухати; повертання обличчя в бік мовця; відстань, дистанція між співрозмовниками; кивання головою, вираз обличчя.

Уміння слухати включає концентрацію, увагу, розуміння і пам'ять;

2) заохочувальні вербальні аспекти — короткі словесні вигуки, спонукання, які демонструють співрозмовнику, що його слова зумовлюють зацікавленість;

3) мовчання — дає змогу співрозмовнику зібратися з думками під час складної розмови, знайти слова, які відповідають почуттям, і обміркувати свою точку зору.

Уміння ставити запитання має вагоме значення в міжособистісному спілкуванні. Запитання можуть бути: загальними, конкретними, навідними, пробними, множинними (табл. 10).

Таблиця 10. Види запитань

Вид	Приклад	Перевага	Недоліки
Загальні	"Як життя?", "Як справи?"	Пацієнт може своїми словами описати те, що важливо для нього в цей момент	Важко досягти певної мети або обмежити говірких пацієнтів
Конкретні	"Як ваше прізвище?", "Назвіть Вашу адресу", "Назвіть своїх близьких, рідних", "Чи подобається вам картопляне пюре?"	Дають змогу швидко зібрати конкретну, точну, однозначну інформацію	Відповідь обмежена, орієнтована тільки на запитання
Навідні	"Ви кинули курити, так чи ні?", "Ви займаєтесь фізичними вправами після виписування з лікарні?"	Запитання нашоухує пацієнта на відповідь, що підтверджує вашу думку	Обмежують самовираження пацієнта. Можуть спричинювати гнів, якщо розцінюються як загрозові

130

Вид	Приклад	Перевага	Недоліки
Пробні	"Ви кажете, що Ваш чоловік багато працює", "Ви відчуваєте, що останнім часом біль у шлунку посилюється"	Відповіді дають конкретну інформацію. Запитання настирливі, докучливі, можуть набувати характеру допиту	Можуть лякати пацієнта, спричинювати реакцію гніву
Множинні	"Ви кажете, що Ваш чоловік працює. Як Ви сама справляєтесь з таким колом обов'язків, маючи двох хлопців? Як Ви ходите до магазину без його допомоги?"	Демонструє цікавість, ентузіазм	Призводить до зніяковіння. Відповідь може бути розгорнутою

Що має робити медична сестра для забезпечення ефективного вербального спілкування

1. Говорити доступною мовою.
2. Не зловживати медичними термінами.
3. Вибрати темп бесіди, прийнятний для хворого.
4. Вибрати зручний час для спілкування з хворим.
5. Стежити за інтонацією.
6. Вибрати необхідний тембр голосу.
7. Давати чіткі інструкції.
8. Не використовувати натяки і підтексти.
9. Не обіцяти неможливого.
10. Акцентувати увагу пацієнта на тому, що його рішення мають бути усвідомленими.
11. Повторити сказане, якщо пацієнт не зрозумів.
12. Переконатися, що в пацієнта в цей момент не залишилося нерозв'язаних проблем.

Під час проведення інтерв'ю з пацієнтом медична сестра не повинна:

- 1) сперечатися;
- 2) хвалити або запевняти;
- 3) сповіщати діагноз;
- 4) давати фальшиві обіцянки;
- 5) спекулювати на динаміці проблем пацієнта;
- 6) розпитувати пацієнта, використовуючи його чутливість до певної проблеми;
- 7) умовляти пацієнта приймати лікування;
- 8) підтримувати нападки пацієнта на рідних, близьких йому людей;
- 9) критикувати дії іншого медичного працівника.

131

Поведінка медичної сестри під час спілкування з агресивно налаштованим пацієнтом

1. Не сприймайте чийсь агресивність як особисту образу. Часто люди спрямовують свою агресію на першого-ліпшого.
2. Глибоко подихайте, подумки полічіть доти, доки не заспокоїтесь і не вирівняється дихання.
3. Вийдіть з палати, якщо є спокуса сказати або зробити щось неприємне у відповідь.
4. Випийте води, зробіть перерву і поділіться з колегою, якій (якому) довіряєте.
5. Спробуйте ще раз поговорити з пацієнтом і дайте йому зрозуміти, що ви повинні виконувати і виконуватимете свої обов'язки.

Поведінка медичної сестри під час спілкування з невпевненим пацієнтом

1. Говоріть пацієнту компліменти ("Ви сьогодні маєте гарний вигляд").
2. Похваліть пацієнта за кожне його зусилля над собою.

3. Підтримуйте всі позитивні починання пацієнта.

4. Використайте невербальні методи підтримки: дотик, усмішка, кивок.

Спілкування в особливих випадках

Ви доглядаєте за людьми, які часто і багато в чому відрізняються від вас. Тому вам може бути незручно обговорювати з ними деякі теми. Ви також спілкуєтесь з людьми зі зниженим зором або слухом, із людьми, які прикуті хворобою до ліжка, а також із дітьми. Крім того, ви часто розмовляєте з ними по телефону, що вимагає від вас використання мовленєвих навичок.

Спілкування на складні теми

Ваші підопічні звертаються до вас із питаннями й обговорюють із вами складні ситуації. У більшості випадків ви можете відповісти на ці запитання, але іноді не в змозі дати відповідь. У таку ситуацію може потрапити будь-яка людина.

Якщо у вас склалися добрі стосунки з вашим підопічним, то він довіряє вам настільки, що може поділитися дуже особистими, потаємними думками. Наприклад, може сказати: "Моїм друзям на мене наплювати" або "Шкода, що вона не померла". Такі повідомлення можуть змусити вас відчувати себе ніяково.

Якщо людина звертається до вас із подібними словами, ви можете відчувати непевність із приводу того, як вам на це реагувати. Ви можете відчувати зниковілість, якщо колега чи підопічний ділиться своїми домашніми або робочими проблемами. Щоб припинити цю розмову, можна вийти з кімнати, перемінити тему або скористатися "невинною маленькою неправдою", наприклад сказати: "Насправді ти так не думаєш".

Ці методи можуть вам допомогти вийти з неприємної ситуації, але і можуть перервати розмову з людиною, яка шукає з вами спілкування. Оскільки час-

132

тина вашої роботи полягає в тому, щоб слухати і розмовляти з підопічними, надзвичайно важливо зберігати канали спілкування відкритими навіть тоді, коли внаслідок отриманого повідомлення ви відчуваєте зниковілість.

Спілкування з людьми із порушенням зором

У коло ваших обов'язків може входити догляд за людьми з порушенням зором. Деякі з них користуються окулярами для читання, а інші страждають від повної сліпоти. В основі порушення зору лежать різні причини. Плануючи догляд за людьми зі зниженим зором, надзвичайно важливо враховувати питання безпеки і проблеми спілкування.

- Пам'ятайте про те, що людина з порушенням зором може вас не побачити. Щоб не налякати її, перед тим як увійти в кімнату постукайте в двері. Станьте там, де вона може вас побачити, і зверніться до неї на ім'я і по батькові.
- Уважно ставтеся до речей, які оточують людину з порушенням зором. Якщо вона носить окуляри, поясніть, що їх варто тримати чистими і в межах досяжності. Зберігати в кімнаті достатнє освітлення і для цього вдень відсувати штори, а ввечері вмикати світло. Варто описувати їй навколишнє оточення і розповідати про те, що відбувається довкола. Потрібно описувати людей і події так, щоб в її уяві склалася певна картина. Слід весь час тримати меблі й особисті речі на визначених місцях, щоб ваш підопічний мав уявлення про те, що де лежить.
- Допомагаючи людині з порушенням зором, використовуйте голос, слова і дотики. Опишіть, що збираєтесь робити: "Час вечеряти, я вам допоможу сісти за стіл". Накриваючи стіл, описуйте розставлені на столі чи підносі предмети; при цьому користуйтеся годинником як відправною точкою: "Сьогодні на вечерю курча, огірок і картопля. Курча лежить на тарілці в напрямку 12-ї години, картопля — у напрямку 4-ї, а огірок — у напрямку 8-ї години". Назвіть їжу і напої, які перебувають не в тарілці: "От ваш гарячий чай. Я ставлю його біля вашої тарілки в напрямку 1-ї години".
- Коли ви допомагаєте підопічному пересуватися, пропонуйте для підтримки вашу руку трохи вище ліктя, описуйте, куди йдете, і перераховуйте перешкоди, які трапляються на шляху: "Зараз ми піднінемося на три сходинки" або "Зараз оминемо стіл зліва" тощо.

- Порушення зору часто є хронічним станом, який неможливо вилікувати. Тому концентруйте свою увагу на гарантуванні безпеки й ефективного спілкування, щоб полегшити і забезпечити життя людини.

Спілкування з людьми зі зниженим слухом

- Пам'ятайте, що людина з порушеним слухом може вас не чути. До того як почати говорити для привернення уваги підопічного обережно доторкніться до його плеча або руки.
- Завжди підходьте до такого підопічного спереду і ставайте перед його очима так, щоб він міг бачити рухи ваших губ і вираз обличчя. Якщо в пацієнта є слуховий апарат, щоразу пропонуйте йому скористатися ним, перед

133

тим як почнете з ним спілкуватися. Періодично запитуйте, чи справний його слуховий апарат.

- Допомагайте правильно користуватися слуховим апаратом відповідно до рекомендацій фірми-виробника; коли апарат не застосовується, порадьте зберігати його в одному і тому самому місці.
- Фоновий шум слід усунути до мінімуму, тому що під час розмови звук працюючого телевізора або радіо може відволікати людину з порушеним слухом. Якщо ви розмовляєте з іншими людьми в присутності пацієнта, стежте за своєю мімікою і жестами під час розмови, адже він може подумати, що мова йде про нього або що ви з нього смієтеся.
- Використовуйте міміку, жести і певні слова, які допоможуть підопічному спілкуватися з вами. Якщо у вас складається враження, що підопічний вас не розуміє, використовуйте інші слова, але голос підвищуйте тільки, якщо ви перед цим говорили занадто тихо. Крик може стурбувати людину, а розуміння ваших слів при цьому може не поліпшитися. Під час розмови з підопічним не прикривайте рот рукою, тому що люди з порушеним слухом часто вміють читати по губах і покладаються на це вміння. Вимовляйте слова повільно і зрозуміло, але не виділяйте їх, не підкреслюйте окремі склади і не кричіть. Говоріть короткими реченнями. Людина з порушеним слухом одним вухом може чути краще, ніж іншим; при розмові завжди розташовуйтеся з відповідного боку. Використовуйте жести і рухи тіла, які допомагають пояснювати зміст ваших слів. Якщо підопічний уміє читати, пишіть йому записки. Якщо ви хочете донести важливу інформацію, простежте за тим, щоб він її зрозумів, попросіть повторити або поставте навідні чи пробні запитання.
- Якщо людина, яка страждає від втрати слуху, бачить, що ви прикладаєте певні зусилля для спілкування з нею, вона відчує себе значно комфортніше.

Спілкування з іноземцями

- Людина, яка не говорить українською мовою, має таку саму потребу і бажання спілкуватися, як і будь-яка інша. Ви можете поліпшити якість спілкування з нею, створивши атмосферу довіри.
- Спробуйте дізнатися, чи говорить підопічний хоча б трохи російською або іншою зрозумілою для вас мовою. Якщо він намагається говорити українською, похваліть його зусилля, з розумінням поставтеся до можливих помилок.
- Використовуйте невербальні повідомлення: малюйте малюнки, пояснюйте "на пальцях", використовуйте міміку і жести. Заохочуйте і підопічного використовувати невербальне спілкування, щоб міг пояснити, що йому потрібно або де в нього болить.
- Якщо мовний бар'єр перешкоджає передачі важливої інформації, спробуйте знайти когось, хто може виступити в ролі перекладача. При спілкуванні через перекладача простежте за тим, щоб і перекладач, і підопічний зрозуміли ваше повідомлення.

134

Спілкування з дітьми

Методи спілкування з дітьми залежать від таких чинників, як вік, фізичний і психічний стан. Іноді з дітьми легше спілкуватися, ніж із дорослими, тому що діти відверто говорять, що відчувають і чого хочуть. З іншого боку, хвора травмована або залякана дитина може не розуміти, що з нею відбувається, і може вам не довіряти.

- Ви краще встановите контакт з дитиною, якщо завоюєте її довіру і ваші вербальні і невербальні повідомлення будуть їй зрозумілими.
- Щоб вам було легше спілкуватися зі сором'язливою або засмученою дитиною, дізнайтеся, про що вона любить говорити. Попросіть батьків або опікунів розповісти про їхню дитину.
- Використовуйте невербальні повідомлення. Щоб завоювати довіру дитини, дружньо усміхайтеся, під час бесіди сядьте поруч на одному рівні з нею.
- Для пояснення дитині її ситуації використовуйте прості фрази і не вдавайтеся в деталі. Не завантажуйте великою кількістю інформації за один раз. Закінчивши пояснення, зробіть паузу і переконайтеся, що вона вас зрозуміла. Якщо у вас складається враження, що дитина не зрозуміла пояснення, повторіть його ще раз, але іншими словами.
- Розмовляти з дитиною непросто, але варто пам'ятати, що дитина потребує такої самої уваги, поваги і турботи, як і доросла людина, і навіть більшої.

Спілкування по телефону

Під час роботи вам доведеться розмовляти по телефону з різними людьми: членами сім'ї, сусідами і друзями ваших підопічних, лікарями й іншими медичними працівниками. Оскільки людина, яка перебуває по той бік лінії, вас не бачить, ви повинні чітко говорити і старанно підбирати слова.

- Ведіть розмову професійно. Якщо телефонуйте у службових справах, назвіться відразу ж після того, як абонент відповість.
- Будьте ввічливими. Здіймайте слухавку відразу ж після того, як почуєте дзвінок. Говоріть повільно і чітко. Спочатку назвіть заклад, свою посаду, прізвище та ім'я.
- Запропонуйте записати і переказати повідомлення, якщо ваш підопічний з якоїсь причини не може в цей момент говорити з вами по телефону.
- Приймайте повідомлення уважно. Якщо вас попросили переказати ко-му-небудь повідомлення, акуратно запишіть його і повторіть абоненту, щоб переконатися, що записали інформацію правильно. Проставте дату і час прийому телефонного повідомлення і підпишіться. Покладіть листок із повідомленням там, де його швидше виявить одержувач повідомлення.

Спілкування із сім'єю пацієнта

В останні роки все частіше медичні сестри беруть участь у догляді за пацієнтами літнього віку, члени сімей яких не живуть разом із ними або не в змозі забезпечити належний догляд у домашніх умовах. При спілкуванні з вашим

135

підопічним ви багато про нього дізнаєтеся. Але ви також можете одержати інформацію від членів його сім'ї, спілкування з якими надзвичайно важливе як для вашого підопічного, так і для вас. Ставлячи їм запитання, ви можете дізнатися про смаки і звички підопічного: яка його улюблена їжа, якому одягу він віддає перевагу. Ви також можете дізнатися про сімейні і культурні традиції, що допоможе вам доглядати за вашим підопічним. Члени сім'ї можуть розповісти про його працю і захоплення в минулому.

У нашому суспільстві слово "сім'я" має багато значень. Згідно з традиційним визначенням, до складу сім'ї входять мати, батько і діти. Сімейні стосунки звичайно означають кровне споріднення, але в наші дні під сім'єю люди розуміють значно більше.

Під сім'єю ми розуміємо:

- біологічне споріднення (дитина біологічно або кровно споріднена з обома батьками);
- вітчим або мачуха (дитина біологічно споріднена з одним із батьків);
- сім'я, у якій дитина виховується (дитина не живе з жодним із біологічних батьків, але інша сім'я тимчасово виховує її у своєму будинку);

— прийомні батьки (дитина не живе з жодним із біологічних батьків, але інша сім'я усиновила її, зробивши своїм постійним членом);

— дитячий будинок (дитина разом з іншими дітьми, у яких немає батьків або сімей, живе в дитячому будинку).

Сім'я має важливе значення для суспільства в цілому і для кожного з нас зокрема, тому що вона допомагає задовольнити наші потреби, створює необхідні умови для життя і розвитку. Для багатьох людей сім'я включає партнера, наприклад дружину або чоловіка або іншу важливу людину. Протягом життя коло, яке ми називаємо сім'єю, змінюється.

- Ви можете багато чого дізнатися про вашого підопічного, якщо будете спостерігати за тим, як члени його сім'ї ставляться один до одного.

- Водночас ви не повинні втручатися в їхні сімейні справи і висловлювати судження, зауваження або займати в суперечках позицію однієї зі сторін, тому що такі дії можуть посилити напруження або поглибити невирішені сімейні проблеми.

- Для встановлення контакту з членами сім'ї підопічного використовуйте ваші навички спілкування. Вислухайте їх, якщо в кого-небудь із членів сім'ї є запитання щодо стану вашого підопічного або якась скарга, сповістіть про це адміністрацію. Члени сім'ї підопічного також хочуть одержувати від вас інформацію про нього.

Члени сім'ї можуть бути задоволені вашим умілим доглядом, але водночас відчують провину чи жаль із приводу того, що вони не спроможні забезпечувати догляд за рідною людиною.

Вони можуть ставити багато запитань або робити зауваження з приводу того, як виконуються ті або інші процедури. При цьому йдеться про те, що

136

догляд здійснюється не тими методами, якими вони самі скористалися б у цій ситуації.

- Щоб заспокоїти членів сім'ї, поговоріть з ними про вашу роль у догляді за їхнім родичем і поясніть, чому використовуєте ті або інші методи. Здійснюючи догляд, по можливості застосовуйте їхні пропозиції, але не забувайте, що при цьому ви повинні дотримувати основних принципів догляду за пацієнтом.

Навчання пацієнтів. Умови ефективного навчання

Однією з функцій сестринської справи є навчання пацієнтів або їхніх рідних із питань здоров'я. Медична сестра при цьому повинна мати необхідні комунікативні навички, педагогічний такт, знати теоретичні основи педагогіки, психології й інших суміжних дисциплін.

Засвоєння знань може відбуватися у будь-який час. Це постійна зміна поведінки внаслідок засвоєння нових знань і навичок. Навчання — це діяльність, спрямована на одержання нових знань.

Процес засвоєння знань — це знання + навички = зміна поведінки. Якщо поведінка людей, що навчаються, змінюється в позитивний бік, тоді засвоєння знань є успішним.

Знання — це процес одержання та засвоєння нової інформації шляхом лекцій, за допомогою аудіовізуальних засобів, активної участі слухачів в обговоренні теми. Мета цього виду навчання — розуміння слухачами теми, що вивчається.

Навички засвоюються спочатку візуально, а потім на практиці. Слухач повинен уміти правильно виконувати визначені дії, а не тільки описувати їх. Для набуття навичок необхідно використовувати "метод трьох П": показати, пояснити, проробити.

Конфуцій, 451 рік до н. е., говорив: "Я забуваю те, що чую, я запам'ятовую те, що бачу, я усвідомлюю те, що роблю".

Люди відрізняються одне від одного різним рівнем мозкової діяльності, тому віддають перевагу різним способам одержання інформації із навколишнього світу та сприймають інформацію різними органами чуття.

Способи одержання інформації та способи її сприймання

1. *Зоровий*. Слухачі з переважним зоровим сприйняттям найкраще засвоюють наочні матеріали, представлені у вигляді таблиць, слайдів, фільмів тощо. Цей спосіб звичайно використовується у комбінації з іншими методами.
2. *Слуховий*. Слухачі з переважним слуховим сприйняттям віддають перевагу лекціям та аудіокасетам.
3. *Дотиковий*. Слухачі з дотиковим сприйняттям повинні торкатися речей. Можливість торкатися чого-небудь власними руками для них важливіша, ніж можливість просто побачити або почути.

137

4. *Кінстетичний*. Такі слухачі засвоюють інформацію, коли фізично беруть участь у проведенні занять.

Навчання в сестринській справі — це організований медичною сестрою процес для вирішення проблем пацієнта, пов'язаних із дефіцитом знань, умінь.

Завданнями навчання в сестринській справі є: підготовка пацієнтів до само-догляду з метою задовольнити порушені потреби; розвинути в них інтерес до підвищення якості життя, поліпшення стану здоров'я або адаптації до зміненого стану.

Змістом навчання пацієнта і його рідних елементам сестринського догляду є підтримка певного рівня здоров'я пацієнта, якості життя, що забезпечить гідне життя в нових для пацієнта умовах, пов'язаних із захворюванням. Особливого значення набувають сформовані за допомогою медичної сестри й усіх, хто бере участь у процесі навчання, уміння й навички для відновлення втрачених функцій організму, створення умов для гармонії особистості з навколишнім середовищем. Медична сестра, виконуючи роль педагога-вихователя, завжди повинна пам'ятати про невід'ємні елементи сестринської справи — медичну етику, деонтологію і сестринську філософію, відрізнитися культурою спілкування і високим творчим потенціалом.

У період реформ сестринської освіти розширюються функції медичної сестри. Зміни, що відбуваються в різних сферах нашого суспільства, визначають стратегію сестринської діяльності. Наскільки грамотно і професійно медична сестра виконуватиме свої обов'язки, настільки ефективними будуть сестринська допомога і сестринський процес у лікувально-профілактичному закладі.

Якщо професійну кваліфікацію медичної сестри не завжди можуть розпізнати пацієнт і його близькі, то моральний вигляд розкривається без праці. Моральна нестійкість, відсутність етичних і деонтологічних норм поведінки несумісні з вибраною професією.

Співпереживання і милосердя мають стати внутрішнім змістом, стрижнем медичної сестри.

Сфери навчання

Щоб навчити пацієнта виконувати дії, спрямовані на розвиток утраченої внаслідок хвороби здатності до самообслуговування (за відсутності протипоказань), медичній сестрі потрібно володіти знаннями про сфери навчання пацієнта, на які вона зможе професійно впливати.

1. Пізнавальна — спрямована на вміння пацієнта аналізувати і синтезувати, а також абстрактно мислити, використовуючи отримані з навколишнього середовища знання, враження.

2. Емоційна — характеризує настрій. Залежить від емоційних властивостей особистості: вразливості, сентиментальності, чуйності, черствості тощо.

Спостерігаючи за пацієнтом, медична сестра відзначає зміни у зовнішньому вигляді:

- *зlostивий* — вказує на порушення потреби в спілкуванні, емоційної сфери, на психічні захворювання, дефекти характеру і виховання, порушення самопочуття;

138

- *переляканий* — вказує на страх, психічні стани (фобії, невроз та ін.), темперамент (меланхолік), недовірливість, лабільність;

- *апатичний* — частіше за темпераментом флегматик, можливі патологічні зміни сфери (апатія), патологія волі (абулія або гіпобулія), а також індивідуальні особливості характеру;
- *розгублений* — вказує на індивідуальні особливості, страх (незнання суті майбутніх досліджень, плану лікування, прогнозів хвороби тощо);
- *не може знайти собі місця* — трактується як психомоторне збудження, страх перед майбутніми дослідженнями, операціями, маніпуляціями тощо, біль, емоційний шок;
- *стан афекту* — спалах емоційної сфери, за часом короткочасний;
- *урівноважений* — є нормою поведінки, стійкого емоційного стану;
- *ознаки тривожності* — потирання рук, напруженість у позі, голосі — є ознаками мінливого емоційного стану або особливостями характеру (підозріливість), вказують на наявність страху перед маніпуляціями, дослідженнями тощо.

3. Психомоторна сфера — характеризує зміну настрою, почуттів, рухову активність пацієнта, залежить від психомоторного розвитку особистості, загального самопочуття, нервово-психічних і соматичних захворювань.

Медична сестра оцінює, як пацієнт сидить, ходить, стоїть під час бесіди, чи часто змінює положення тіла. Така діяльність залежить від загального самопочуття, психічних та емоційних станів (ейфорія), психічних захворювань, соматичних захворювань, патології свідомості (делірій, галюцинації).

Якщо під час розмови пацієнт намагається доторкнутися до вас, то це може бути індивідуальною особливістю особистості (холерик), патологією відчуттів, психічним захворюванням, тактикою вираження ставлення до співрозмовника.

Часто пацієнти активно жестикулюють, що не відповідає ходу розмови, а активна жестикуляція виникає у відповідь на внутрішнє напруження. Такий стан може вказати на нервово-психічне захворювання, патологію рухово-вольової сфери, емоційної сфери (ейфорія, істерія). Рухова скутість може свідчити про патологію опорно-рухового апарату, патологію свідомості (сопор, оглушення), патологію волі (ступор), патологію емоційної сфери (депресія, нудьга, зневіра), м'язовий ступор, соматичні і психічні захворювання. Жести повільні є нормою поведінки.

До психомоторної сфери пацієнта належить і манера говорити. Медична сестра повинна вміти розпізнати манеру говорити і дати трактування мовленню пацієнта.

1. *Швидко* — індивідуальні особливості, темперамент (холерик), патологія емоцій (ейфорія).
2. *Повільне* — індивідуальні особливості, темперамент (флегматик), патологія емоцій, патологія свідомості (оглушення, сопор), соматичні і психічні захворювання.

139

3. *Зайкуватість* — патологія свідомості (оглушення), патологія мислення, мовлення (афазія).

4. *Емоційне* — індивідуальні особливості, темперамент, патологія емоцій (ейфорія), невротичні і психічні захворювання.

5. *Монотонне* — патологія мовлення і мислення, психічні захворювання.

6. *Голосне* — індивідуальні особливості, темперамент, порушення слуху, патологія емоцій (ейфорія), невротичні і психічні захворювання.

7. *Шепітне* — психічні захворювання, афонія.

8. *Невиразне* — патологія мислення, мовлення, свідомості (марення), психічні захворювання.

9. *Збідіння словникового запасу* — недолік або патологія інтелекту і мислення (дебільність, імбецильність), стареча деменція, патологія мовлення, індивідуальні особливості.

10. *Говорить уривками, важко, не відповідає на поставлені запитання* (неадекватна реакція пацієнта) — патологія свідомості, мислення, мовлення, соматичні захворювання (задишка), неврологічні і психічні захворювання, психічні порушення і захворювання, патологія сприйняття і свідомості (галюцинації, ступор, кома), соматичні захворювання.

4. Соціально-психологічна сфера відображає громадянську позицію пацієнта, його особистісні і діяльні особливості, тобто здібності, інтелект, самооцінку, працездатність, ставлення до навчання та ін.

Розвиток особистості бере свій початок у родині. Родина впливає на формування психічного стану пацієнта. Родина в сучасному соціумі — це та цінність, утрата якої дорого коштує людям, деформуючи їхні життя і долю, а також призводячи до появи тяжких хвороб.

Медична сестра, оцінюючи соціально-психологічну сферу пацієнта, визначає його самооцінку (адекватну або неадекватну).

Адекватна самооцінка:

- повне заперечення свого захворювання;
- неповне усвідомлення своєї хвороби;
- звернення до медичного працівника із проханням допомогти, але заперечення наявності хвороби;

— наявність здатності до правильного оцінювання ситуації, уміння зрозуміти свої можливості і вибрати правильне рішення;

— визнання факту своєї хвороби, але обвинувачення в ній кого-небудь. *Неадекватна самооцінка:*

- наслідок психічних захворювань, при новоутвореннях, туберкульозі;
- можлива при психічних захворюваннях, інтоксикаціях, соматичних захворюваннях, гіпоксії головного мозку;
- соматичні захворювання, невротичні та іпохондричні стани.

Сильні, урівноважені, психічно зрілі люди звичайно правильно реагують і адекватно оцінюють захворювання, прагнуть знайти вихід із ситуації, створеної хворобою.

140

Умови ефективного навчання

1. Наявність чіткої мети і мотивації для оволодіння знаннями.
2. Доброзичливе ставлення медичної сестри до пацієнтів та їхніх рідних, що навчаються.
3. Створення асоціативного зв'язку між новою інформацією, минулим досвідом і початковими знаннями.
4. Обов'язкове практичне відпрацювання набутих знань. Пацієнти, що навчаються, зрозуміють та запам'ятають, якщо медична сестра:
 - а) використає техніку ефективного навчання;
 - б) вислухає все, що їй говорять або про що її запитують;
 - в) ставиться до них із терпінням;
 - г) хвалить за досягнення в навчанні;
 - г) робить перерву при поганому самопочутті і зниженому настрої.Чинники ефективного навчання:
 - бажання і готовність до навчання;
 - здібність до навчання;
 - навколишні обставини.

Для поліпшення здоров'я медична сестра може активно впливати на потребу пацієнта і його родини в навчанні, яку він задовольняє в певний момент свого життя.

Для цього медична сестра має:

- 1) оцінити спосіб життя пацієнта як спосіб задоволення основних його потреб;
- 2) визначити потребу в навчанні пацієнта самоогляду, а членів його родини—у навчанні догляду;
- 3) оцінити соціальне і культурне оточення пацієнта, його вплив на процес навчання пацієнта, тобто вирішити питання, хто і як навчатиме пацієнта;
- 4) оцінити особливості тих, кого навчають (як пацієнта, так і людей, що мають для нього соціальне значення): психологічний розвиток (розумовий, соціальний, вольовий); ставлення до навчання та інші індивідуально-психологічні особливості пацієнта — увага, інтерес до навчання, осмислювання, розуміння, запам'ятовування тощо.

Види і способи навчання

Навчання складається з певних дій, що залежать від того, яку функцію виконує той, кого навчають (пацієнт або члени його родини), у педагогічній ситуації:

- пасивних сприйняття і засвоєння інформації;
- активних самостійного пошуку і використання інформації;
- організовані ззовні цілеспрямовані пошуку та використання інформації.

У **першому випадку** в основі навчання лежить викладення пацієнтові готової інформації, готових знань і вмінь на основі методів: повідомлення, роз'яснення, показу і вимоги до певних дій пацієнта.

141

Навчання складається з таких дій, як наслідування, дослівне або смислове сприйняття і повторення, відтворення, тренування за стандартами і правилами.

У **другому випадку** пацієнт (або члени його родини) розглядається як суб'єкт, що формується під впливом власних інтересів і цілей. Це вид природного самонавчання, спрямованого на задоволення своїх потреб та інтересів.

У **третьому випадку** медична сестра організовує зовнішні джерела поведінки (вимоги, очікування, можливості) так, щоб вони формували необхідні інтереси пацієнта (або членів його родини), а вже на основі цих інтересів пацієнт і (або) члени його родини здійснюють активні відбір і використання необхідної інформації.

В основі навчання в третьому випадку лежить управління процесом за допомогою таких методів: постановка сестринських проблем, обговорення поставлених цілей спільно з пацієнтом і членами його родини, дискусія, спільне планування, дії пацієнта, оцінювання результатів, обговорення проб і помилок.

Під **сестринськими методами (способами) навчання** розуміють послідовне чергування способів взаємодії медичної сестри й пацієнта, спрямоване на досягнення цілей сестринського процесу за допомогою пророблення навчального матеріалу.

Метод ("шлях до чого-небудь") — спосіб досягнення мети, набуття знання. У сестринській педагогіці використовуються переважно методи традиційного навчання: *пояснювально-ілюстративний і репродуктивний*, сутність яких зводиться до процесу передачі готових відомих знань пацієнтам або членам їхніх родин з метою навчання. Вибір методів залежить від таких умов: змісту навчання, завдань навчання; часу, яким володіє медична сестра і пацієнт; особливостей пацієнта; наявності засобів навчання. Медична сестра вибирає із загального набору методів ті, які найбільше сприяють вирішенню конкретного навчального завдання на конкретному етапі навчання.

Особливістю сестринської педагогіки є індивідуальний підхід розвитку втрачених у зв'язку із хворобою здатностей пацієнта до самообслуговування за відсутності протипоказань.

На формування умінь і навичок, необхідних для відновлення здоров'я пацієнта, і мають бути спрямовані практичні дії медичної сестри.

Суть процесу навчання

Процес навчання складається з чотирьох етапів. **I етап** — попереднє оцінювання знань та умінь пацієнта з урахуванням мети і чинників:

- визначення початкових знань та умінь;
- ставлення пацієнта до нової інформації;
- вік, освіта;

142

- стан здоров'я на період навчання;
- самопочуття пацієнта;
- лікарський діагноз.

Оцінка потреб пацієнта і (або) його родини в навчанні

Щоб жити в гармонії з навколишнім середовищем, людині необхідно постійно задовольняти свої потреби.

У разі порушення задоволення хоча б однієї з потреб у пацієнта розвивається патологічний стан.

Медична сестра знає, що порушити потреби людини можуть фактори ризику. Деякі з них можуть виникати за певних умов у житті людини. Якщо неможливо їх усунути, необхідно знайти спосіб адаптації людини до життя в нових умовах, навчити людину жити з факторами ризику. На потребу пацієнта і (або) його родини в навчанні, яку він відчуває в певний момент свого життя, можна активно впливати з метою поліпшити здоров'я, і значну роль у цьому процесі відіграє медична сестра.

Для цього медична сестра повинна:

- 1) оцінити спосіб життя пацієнта — спосіб задоволення основних його потреб;
- 2) визначити потребу в навчанні самоогляду, поліпшенню стану здоров'я, тобто чому навчати пацієнта;
- 3) оцінити соціальне і культурне оточення пацієнта, його вплив на процес навчання пацієнта, тобто відповісти на запитання, хто і як буде навчати пацієнта;
- 4) оцінити особливості тих, кого навчають: психічний розвиток (розумовий, соціальний, вольовий), ставлення до навчання та інші індивідуально-психологічні особливості пацієнта (увагу, інтерес до навчання, осмислювання, розуміння, запам'ятовування та ін.).

Оцінювання вихідного рівня знань і вмінь пацієнта

Результатом процесу навчання є вміння. **Уміння** — це здатність здійснювати ту або іншу діяльність на основі наявних знань у мінливих умовах. Знання служать ніби інструментом оволодіння вміннями. Але без знань умінь не буває.

Кожний, хто навчається, вирізняється індивідуальними особистісними та діяльними особливостями, ставленням до навчання, навченістю.

Кожний вік або період характеризується певними показниками, за якими можна визначити вихідний рівень знань і вмінь пацієнта. Однак результати спеціальних досліджень показують: більшість людей не вміють слухати, а ті, хто прагне вчитися, не здатні до навчання.

Мотивація — перший компонент процесу навчання

Мотивація — "закон готовності" Е. Торндайка, перший обов'язковий етап формування розумових дій. **Мотив** — це те, що визначає, стимулює, спонукує людину до здійснення якої-небудь дії.

143

Мотиви до навчання пацієнта можуть бути внутрішніми і зовнішніми. До *зовнішніх мотивів* належать вимоги, очікування видужання, матеріальна вигода, покарання, нагорода і т. п. До *внутрішніх мотивів* відносять такі, які спонукають пацієнта до навчання, досягнення безпосередньої мети навчання, потреби в активності і нового стану, до прагнення підвищити досягнутий раніше рівень знань, умінь і навичок. Потреба пацієнта в чому-небудь виражається вчинками і повсякденною поведінкою.

Мотивами можуть виступати предмети зовнішнього світу, події, ідеї, почуття і переживання — тобто усе те, у чому знайшли втілення потреби.

Існують чотири структурних компоненти мотивації:

- 1) задоволення від самостійної діяльності;
- 2) значущість для особистості безпосереднього результату діяльності;
- 3) "мотиваційна" сила винагороди за діяльність;
- 4) тиск на особистість.

Оцінювання здатностей пацієнта і (або) членів його родини до навчання

Здатності людини тісно пов'язані з її індивідуально-психічними особливостями. Здатності людини можуть бути різними і відтворюють ступінь пізнавальної активності, яка залежить від віку, стану здоров'я, особистості в цілому, особливостей характеру тощо.

Медична сестра оцінює стан окремих психічних функцій (пам'ять, мислення, увага, мовлення та ін.) і цілісні характеристики видів діяльності (трудової, навчальної), навченість і вихованість пацієнтів і (або) членів їхніх родин; вивчає їхні реальні можливості, особистісні якості; виявляє не тільки початковий рівень здатностей, а й припускає щабель зростання і розвитку вмінь пацієнта. Медична сестра передбачає можливі і враховує типові труднощі тих, кого навчають, виходить із мотивації тих, кого навчають, при плануванні та організації навчання за індивідуальними планами, забезпечує умови для саморегуляції особистості тих, кого навчають.

Етап II — інтерпретація проблем пацієнта, пов'язаних із дефіцитом знань

Після проведеного оцінювання медична сестра повинна сформулювати проблеми пацієнта, пов'язані з дефіцитом знань, умінь, і вирішити, хто із професійних працівників може допомогти пацієнтові. Проблеми, які медична сестра може самостійно розв'язати, називаються *сестринськими діагнозами*. Медичній сестрі необхідно їх чітко сформулювати й установити їхню пріоритетність і значущість для пацієнта.

Інформацію про пацієнта медична сестра інтерпретує і заносить у сестринську історію з позицій потреб пацієнта в навчанні.

Визначення змісту навчання

Медична сестра визначає зміст навчання, тобто "чому вчити". Для цього вона повинна розумітися в нових технологіях навчання, уміти виділяти ключові ідеї процесу навчання, використовувати поняття, терміни, доступні пацієнтові і (або) членам його родини.

144

Послідовність, систематичність повідомлюваних знань і вмінь визначаються віковими можливостями, станом здоров'я, ступенем пізнавальної активності особистості пацієнта. У процесі навчання в пацієнтів формуються вміння і навички поводження з деякими предметами догляду, надання невідкладної долікарської допомоги, володіння навичками самогляду і т. п. Пацієнти активно залучаються в різноманітну практичну діяльність, що активно формує в них інтереси, схильності, потреби.

Зміст навчання відображається в індивідуальному плані навчання. Основним напрямком у навчанні пацієнтів для медичної сестри є збереження здоров'я, підтримка певного рівня здоров'я або певного рівня життя.

Етапи III—У — постановка цілей навчання, планування навчання, реалізація плану навчання, оцінювання його якості й ефективності

Оцінивши потреби пацієнта, його родини в навчанні, виконавши безліч вимог, зумовлених психолого-педагогічними науками, виявивши проблеми пацієнта, пов'язані з дефіцитом знань, медична сестра формулює цілі навчання. Функції заданих цілей різноманітні. У сестринській справі одними з головних функцій є мотиваційна і виховна. Вони визначають спрямованість дій медичної сестри, указують, чому і для чого пацієнтові потрібно виконати конкретну дію.

Цілі мають бути конкретними, просто і дохідливо сформульованими і реалізованими у формі видів діяльності. Формулювання цілей навчання має відповідати загальним вимогам до формулювання цілей у сестринському процесі.

Умови:

- вибір часу навчання;
- самопочуття пацієнта;
- обставини навчання — сторонні звуки, освітлення, вентиляція, температура повітря;
- використання спеціальної літератури;
- бесіда;
- демонстрація;
- підтримка зацікавлення пацієнта в навчанні;
- періодичність перевірки і оцінювання ефективності навчання.

Медична сестра планує навчання, виконання (реалізацію), контроль і оцінку процесу навчання, його якість та ефективність. Навчання планується спільно з пацієнтом з урахуванням його індивідуальності, вибором часу навчання.

Медична сестра враховує обстановку для навчання — відсутність шуму, освітленість, вентиляцію (сприятливу температуру повітря). Створює навчальні ситуації, ставить завдання ясні й однозначні, які характеризуються тим, що пацієнт (або той, кого навчають) одержує завдання на засвоєння з урахуванням темпу навчання.

Розв'язання навчального завдання забезпечується медичною сестрою за допомогою навчальних дій, які ухвалюються тим, кого навчають. Медична

145

сестра здійснює постійний контроль діяльності тих, кого навчають, навчає самоконтролю й самооцінюванню. Вона заохочує активну участь пацієнта в процесі навчання з метою зацікавити його в навчанні. Будь-яка дія стає регульованою тільки за наявності контролювання й оцінювання в структурі діяльності (демонстрація здобутих знань і вмінь). Навчання вважається ефективним, якщо медична сестра і пацієнт (або той, кого навчають) досягають поставлених цілей щодо засвоєння певних знань (сестринська оцінка: "мету досягнуто, проблему усунуто"; "мету не досягнуто"; "мету досягнуто неповністю", "з'явилася нова проблема і попередня проблема не актуальна").

Медсестринський процес: ключові концепції та етапи

Необхідність упровадження медсестринського* процесу в медсестринську освіту і медсестринську практику в Україні виникла у зв'язку з виявленням недоліків загального догляду за пацієнтами, а також із розвитком мед сестринської справи у світі.

Недоліками загального догляду за пацієнтами є насамперед бюрократичний підхід до медсестринського догляду, що ґрунтується на встановленому медичному діагнозі, коли медична сестра знає, що призначив лікар пацієнтові, і строго виконує ці призначення без особливого урахування психологічних, соціальних і духовних потреб пацієнта у догляді. Щоб урахувати ці потреби, медичній сестрі як фахівцеві потрібні не інтуїтивні, а додаткові знання в галузі сучасної філософії, методології медсестринської справи, психології, здатність до педагогічної і дослідницької діяльності. Ці знання забезпечують підвищення професійного росту медичних сестер, якості допомоги, забезпечують систематичний підхід до медсестринського догляду, допомагають відновити втрачені професійні цінності медичних сестер і культуру обслуговування пацієнтів.

Але для впровадження сестринського процесу потрібні конкретні зміни не лише професійного, а й організаційного характеру. Щоб такі зміни відбулися, дуже важливе визнати їх необхідність у законодавчому порядку. Сьогодні здійснення медсестринського процесу є однією із цілей розвитку медсестринської справи в Україні.

Основні поняття й терміни

Медсестринський процес є основною і невід'ємною складовою сучасних моделей медсестринської справи. Поняття про сестринський процес з'явилося в США в середині 50-х років ХХ ст. У 80-х роках ХХ ст. — набуло значного розвитку в західноєвропейських моделях сестринської справи.

* Згідно із сучасними навчальними програмами (2011) вживають термін "медсестринський" (замість сестринський) діагноз, обстеження, процес.

146

*Недоліком розвитку сестринської справи в Україні на сьогодні є відсутність єдиної для всіх медичних працівників термінології і визначень деяких понять. Часто значення таких понять, як *проблема, потреба, симптом*, збігаються. Це призводить до плутанини. Нині існує Міжнародний класифікатор хвороб, який дає змогу лікарям розуміти один одного. У*

медичних сестер в Україні спроби уніфікувати і стандартизувати професійну мову поки безрезультатні.

У рамках Європейського регіону ВООЗ медичним сестрам, які планують застосовувати медсестринський процес, рекомендується використовувати модель, запропоновану Вірджинією Хендерсон, створену з урахуванням фізіологічних, психологічних і соціальних потреб, оцінюваних медичними сестрами.

Нині *медсестринський процес* (слово "процес" означає хід подій, етапи) є серцевиною медсестринської освіти і створює теоретичну наукову базу сестринської допомоги в Україні. *Медсестринський процес* — це науковий метод організації і надання медсестринської допомоги, систематичний шлях визначення ситуації, у якій перебувають пацієнт із медичною сестрою, виниклих проблем з метою реалізувати план догляду, прийнятний для обох сторін. Медсестринський процес — динамічний, циклічний процес.

Метою медсестринського процесу є підтримка і відновлення незалежності пацієнта в задоволенні основних потреб організму, що вимагає комплексного (холістичного) підходу до особистості пацієнта. Мету сестринського процесу досягають шляхом:

- створення бази інформаційних даних про пацієнта;
- визначення потреб пацієнта в медсестринському догляді;
- окреслення пріоритетів у медсестринському обслуговуванні, їхньої першочерговості;
- визначення цілей і складання плану догляду, мобілізації необхідних ресурсів;
- реалізації плану, тобто надання сестринської допомоги безпосередньо і побічно;
- оцінювання ефективності процесу догляду за пацієнтом і досягнення мети догляду.

Медсестринський процес несе нове розуміння ролі медичної сестри в практичній охороні здоров'я, вимагаючи від неї не тільки наявності технічної підготовки, а й уміння творчо ставитися до догляду за пацієнтами, індивідуалізувати і систематизувати догляд з метою запобігти, зменшити, ліквідувати проблеми в догляді.

Отже, *медсестринський процес* включає використання наукових методів визначення медико-санітарних потреб пацієнта, родини або суспільства, а також відбір тих із них, хто може бути найефективніше задоволений за допомогою сестринського догляду з неодмінною участю пацієнта або членів його родини.

Інформація, яку отримують під час оцінювання результатів догляду, має лягти в основу необхідних змін, подальших втручань, дій медичної сестри.

147

Метою медсестринського процесу є відновлення самостійності пацієнта в задоволенні основних потреб організму.

Основні ролі медичної сестри, які вона виконує під час медсестринського процесу:

- 1) людина, що задовольняє 14 основних людських потреб;
- 2) адвокат;
- 3) учитель;
- 4) активний член медичної бригади (виконує усі призначення лікаря);
- 5) дослідник;
- 6) духовний діяч.

Поняття про етапи медсестринського процесу

У цьому розділі описано п'ять основних етапів сестринського процесу.

До середини 70-х років ХХ ст. у США сестринський процес перебігав у чотири етапи (дослідження, планування, виконання, оцінювання). Етап діагностування було виведено з етапу дослідження в 1973 р. у зв'язку із затвердженням стандартів медсестринської практики Американською асоціацією медичних сестер.

Етап I — *медсестринське обстеження*, або оцінювання ситуації з метою оцінити конкретні потреби пацієнта і необхідні для медсестринського догляду ресурса. Цей етап медсестринського процесу включає *процес оцінювання ситуації* методом сестринського дослідження. Медична сестра збирає необхідну інформацію методом опитування

(структуроване інтерв'ювання) пацієнта, рідних, медичних працівників, користується відомостями з історії його хвороби та інших джерел інформації.

Виділяють такі методи дослідження: суб'єктивний, об'єктивний і додаткові методи обстеження пацієнта для визначення його потреб у догляді.

1. *Збирання необхідної інформації у вигляді:*

а) суб'єктивних даних: загальні відомості про пацієнта; поточні скарги — фізіологічні, психологічні, соціальні, духовні; відчуття пацієнта; реакції, пов'язані з адаптаційними (приспосувальними) можливостями; відомості про незадоволені потреби, пов'язані зі зміною стану здоров'я або зміною перебігу захворювання;

б) об'єктивних даних. До них належать: зріст, маса тіла, вираз обличчя, стан свідомості, положення пацієнта в ліжку, стан шкірних покривів, температура тіла, дихання, пульс, АТ, фізіологічні відправлення та інші дані.

Оцінювання психосоціальної ситуації, у якій перебуває пацієнт:

а) оцінюються соціально-економічні дані, визначаються фактори ризику, дані про чинники навколишнього середовища, що впливають на стан пацієнта, його спосіб життя (культура, захоплення, релігія, шкідливі звички, національні особливості), сімейний стан, умови праці, матеріальне становище тощо;

б) описуються спостережувана поведінка, динаміка емоційної сфери. Збирати необхідну інформацію починають з моменту поступлення пацієнта в ЛПЗ. Триває цей процес до виписування.

2. *Аналіз зібраної інформації.* Мета аналізу — визначення пріоритетних (за ступенем загрози для життя) порушених потреб або проблем пацієнта, ступеня незалежності пацієнта в догляді.

148

У разі дотримання умінь і навичок міжособистісного спілкування, етичних і деонтологічних принципів, навичок опитування, спостереження, оцінювання стану, вміння документувати дані обстеження пацієнта дослідження, як правило, є успішним.

Етап II — *медсестринська діагностика, або виявлення проблем пацієнта.* Цей етап може носити й іншу назву: встановлення медсестринських діагнозів. Аналіз отриманої інформації є підставою для формулювання проблем пацієнта наявних або потенційних. Визначаючи пріоритетність, медична сестра повинна опиратися на лікарський діагноз, знати спосіб життя пацієнта, фактори ризику, що погіршують його стан, пам'ятати про його емоційний і психологічний стан та інші аспекти, що допомагають їй приймати відповідальне рішення.

Процес складання медсестринського діагнозу дуже важливий, вимагає професійних знань, вміння виявляти зв'язок між ознаками відхилень у стані пацієнта і їхніми причинами.

Медсестринський діагноз — це визначення стану здоров'я пацієнта внаслідок проведеного сестринського дослідження і потреб пацієнта у втручаннях з боку медичної сестри.

Північноамериканська асоціація медсестринських діагнозів КАИВА (1987) видала перелік діагнозів, зумовлених проблемою пацієнта, причиною її виникнення і спрямованістю подальших дій медичної сестри. *Наприклад:*

- 1) тривога, пов'язана із занепокоєнням пацієнта із приводу майбутньої операції;
- 2) ризик розвитку пролежнів, зумовлений тривалою іммобілізацією;
- 3) порушення функції спорожнення кишок: закреп, зумовлений недостатнім споживанням грубої їжі.

Міжнародна рада медичних сестер розробила (1999) Міжнародний класифікатор медсестринської практики (МКСП) — професійний інформаційний інструмент, необхідний для стандартизації професійної мови медичних сестер, створення єдиного інформаційного поля, документування сестринської практики, обліку й оцінювання її результатів, підготовки кадрів і т. п.

У контексті МКСП під *медсестринським діагнозом* розуміють професійне судження медичних сестер про явища, пов'язані зі здоров'ям або соціальним процесом, що становлять об'єкт медсестринських втручань.

Недоліками цих документів є складність мови, особливості культури, неоднозначність понять та ін.

На сьогодні в Україні немає затверджених медсестринських діагнозів.

Етап III — *визначення цілей сестринського втручання*, тобто визначення разом із пацієнтом бажаних результатів догляду.

У деяких моделях медсестринської справи цей етап має назву *планування*.

Під *плануванням* слід розуміти процес формування цілей (тобто бажаних результатів догляду) і планування медсестринських втручань, необхідних для досягнення цих цілей.

Планування роботи медичної сестри із задоволення потреб необхідно здійснювати в порядку пріоритетності (першочерговості) проблем пацієнта.

149

Етап IV — *планування обсягу медсестринських втручань і реалізація (виконання) плану медсестринських втручань (догляду)*.

У моделях, у яких планування належить до третього етапу, четвертим етапом є реалізація плану.

Планування включає:

- 1) визначення типів сестринських втручань;
- 2) обговорення з пацієнтом плану догляду;
- 3) ознайомлення інших із планом догляду. *Реалізація плану догляду* — це:
 - 1) виконання плану догляду у встановлений термін;
 - 2) координування медсестринських послуг відповідно до погодженого плану;
 - 3) координування догляду з урахуванням будь-якого наданого, але не запланованого догляду або запланованого, але не наданого догляду.

Етап V — *оцінювання результатів (підсумкове оцінювання сестринського догляду)*, оцінювання ефективності наданого догляду і його корекція за потреби. **Етап V** включає:

- 1) порівняння досягнутого результату із запланованим;
- 2) оцінювання ефективності запланованого втручання;
- 3) оцінювання і планування, якщо бажаних результатів не досягнуто;
- 4) критичний аналіз усіх етапів медсестринського процесу і їх коригування за потреби.

Інформація, отримана внаслідок оцінювання результатів догляду, має лягти в основу необхідних змін, подальших втручань (дій) медичної сестри.

Документацію всіх етапів медсестринського процесу слід включати в мед-сестринську карту спостереження за станом здоров'я пацієнта як сестринську історію стану здоров'я або хвороби пацієнта, складовою частиною якої є карта сестринського догляду. Нині сестринська документація перебуває на етапі розроблення.

Перший етап медсестринського процесу: суб'єктивне медсестринське обстеження

Збирання інформації

Збирання інформації — дуже важливий етап і має здійснюватися відповідно до структури, описаної в моделі медсестринської справи, рекомендованій Європейським регіональним бюро ВООЗ для медичних сестер, що планують використовувати мед сестринський процес.

Дані про пацієнта мають бути повними й точними і носити описовий характер.

Інформацію про стан здоров'я пацієнта можна збирати різними способами і з різних джерел, якими є пацієнти, члени їхніх родин, члени чергової зміни, медична документація, фізичні огляди, діагностичні тести. Організацію інформаційної бази починають зі збирання суб'єктивної інформації шляхом опитування пацієнта, у процесі якого медична сестра одержує уявлення про фізичний, психологічний, соціальний, емоційний, інтелектуальний і духовний стан пацієнта, його особистісні особливості. Спостерігаючи поведінку й

150

оцінюючи зовнішній вигляд пацієнта і його взаємини з оточуючими, медична сестра може визначити, чи відповідає розповідь пацієнта про себе даним, отриманим унаслідок спостереження. У процесі збору інформації медична сестра використовує фактори, що сприяють спілкуванню (обстановка, час бесіди, манера говорити тощо), і допомагають установити почуття довіри і конфіденційні відносини, без яких неможливий адекватний терапевтичний ефект. **Зміст суб'єктивної інформації:**

- загальні відомості про пацієнта;
- розпитування пацієнта, інформація про пацієнта;
- скарги пацієнта під час розпитування;
- історія здоров'я або хвороби пацієнта: соціальні відомості й умови життя, відомості про звички, алергоанамнез, гінекологічний (урологічний) і епідеміологічний анамнез;
- опис болю: локалізація, характер, інтенсивність, тривалість, реакція на біль, шкала болю.

Перший етап медсестринського процесу: об'єктивне медсестринське обстеження

Медична сестра одержує інформацію за допомогою органів чуття (зору, слуху, нюху, дотику), інструментальних і лабораторних методів дослідження. **Зміст об'єктивної інформації:**

- *огляд пацієнта:* загальний — грудної клітки, тулуба, живота; детальний огляд (ділянок тіла): голова, обличчя, шия, тулуб, кінцівки, шкіра, кістки, суглоби, слизові оболонки, волосяний покрив;
- *фізичні дані:* зріст, маса тіла, набряки (локалізація);
- *вираз обличчя:* хворобливе, одутле, тривожне, без особливостей, страждальницьке, насторожене, тривожне, спокійне, байдужне та ін.;
- *стан свідомості:* збережена, непритомність, ясна, порушена: сплутана, ступор, сопор, кома; інші розлади свідомості — галюцинації, марення, пригніченість, апатія, депресія;
- *положення пацієнта:* активне, пасивне, вимушене;
- *стан шкірних покривів і видимих слизових оболонок:* колір, тургор, вологість, дефекти (висип, рубці, розчухи, синці (локалізація), набряклість або пастозність, атрофія, блідість, гіперемія (почервоніння), ціаноз (синюшність), периферичний ціаноз (акроціаноз), жовтяничність (іктеричність), сухість, лущення, пігментація та ін.;
- *кістково-м'язова система:* деформація скелета, суглобів, атрофія м'язів, м'язовий тонус (збережений, підвищений, знижений);
- *температура тіла:* у межах норми, субфебрильна, субнормальна, фебрильна (лихоманка);
- *дихальна система:* характеристика дихання, тип — грудне, черевне, змішане; ритм — ритмічне, аритмічне; глибина — поверхневе, глибоке, менш глибоке; тахіпноє (прискорене, ритмічне, поверхневе); брадикапноє (повільне, ритмічне, поглиблене); у нормі — 16—18 за 1 хв, поверхневе, ритмічне;
- *АТ на обох руках,* артеріальна гіпотензія, нормотонія, артеріальна гіпертензія;

151

- *пульс:* кількість ударів за 1 хв, ритм, наповнення, напруження (величина пульсу), брадикардія, тахікардія, аритмія, у нормі;
- *фізіологічні відправлення:* сечовипускання (частота, кількість, нетримання сечі, катетер, самотійно, сечоприймач), дефекація (самотійно, регулярно, характер випорожнень, нетримання калу, калоприймач, колостома);
- *органи чуття* (слух, зір, нюх, дотик, мова);
- *пам'ять:* збережена, порушена;
- *використання резервів:* окуляри, лінзи, слуховий апарат, знімні зубні протези;
- *сон:* потреба спати вдень;
- *здатність до пересування:* самотійно, за допомогою пристроїв, сторонньої допомоги;
- *здатність їсти, пити:* апетит, порушення процесу жування, нудота, блювання, резерви.

Оцінювання психосоціального стану пацієнта:

- манера говорити, поведінка при спостереганні, емоційний стан, психомоторні зміни, відчуття;
- збирання соціально-економічних даних;
- фактори ризику;
- оцінювання потреб пацієнта, визначення порушених потреб.

При веденні психологічної бесіди слід дотримувати принципу поваги особистості пацієнта, уникати яких-небудь оцінних суджень, сприймати пацієнта і його проблему такими, якими вони є, гарантувати конфіденційність отриманої інформації, терпляче вислуховувати.

Спостереження за станом пацієнта

Діяльність медичної сестри передбачає спостереження за всіма змінами в стані пацієнта та своєчасному повідомленні лікаря про всі зміни.

Спостерегаючи за пацієнтом, медична сестра повинна звертати увагу на такі моменти:

- стан свідомості;
- положення пацієнта в ліжку;
- вираз обличчя;
- колір шкірних покривів і видимих слизових оболонок;
- стан органів кровообігу і дихання;
- функцію органів виділення.

Стан свідомості

1. *Ясна свідомість* — пацієнт відповідає на запитання швидко і конкретно.
2. *Сплутана свідомість* — пацієнт відповідає на запитання правильно, але із запізненням.
3. *Ступор* — стан оглушення, заціпеніння; на запитання пацієнт відповідає із запізненням і неосмислено.
4. *Сопор* — патологічний глибокий сон, пацієнт непритомний, рефлекси не збережені, за допомогою гучного голосу його можна вивести із цього стану, але він незабаром знову впадає в сон.

152

5. *Кома* — повне пригнічення функцій ЦНС: непритомність, м'язи розслаблені, чутливість і рефлекси втрачені. Буває при крововиливі в мозок, цукровому діабеті, нирковій і печінковій недостатності.

6. *Марення і галюцинації* можуть спостерегатися при вираженій інтоксикації (інфекційні захворювання, тяжкий перебіг туберкульозу легенів, запалення легенів).

Вираз обличчя відповідає характеру перебігу захворювання, на нього впливають стать і вік пацієнта. Розрізняють:

- обличчя Гіппократа — при перитоніті (гострий живіт). Характерні запалі очі, загострений ніс, блідість із ціанозом, краплі холодного поту;
- одутлість обличчя при захворюваннях нирок та інших хворобах — обличчя набрякле, бліде;
- обличчя при гарячці (при високій температурі тіла) — блиск в очах, гіперемія;
- мігральний рум'янець — ціанотичні щоки на блідому обличчі;
- витрішкуватість, тремтіння повік — при гіпертироїді та ін.;
- байдуже, страждальницьке, тривожне, хворобливий вираз обличчя, обличчя з виразом страху.

Вираз обличчя має бути оцінений медичною сестрою, про його зміни вона зобов'язана повідомляти лікарю.

Шкірні покриви і видимі слизові оболонки можуть бути блідими, гіперемізованими, жовтяничними, синюшними (ціанотичними), з акроціаноз. Слід звертати увагу на висип, сухість шкіри, ділянки пігментації, наявність набряків.

Після оцінювання результатів спостереження за пацієнтом лікар робить висновок про його стан, а медична сестра — про компенсаторні можливості пацієнта, його здатність здійснювати самогляд.

Оцінювання стану пацієнта з метою оцінити самогляд

1. *Задовільний*. Пацієнт активний, вираз обличчя без особливостей, свідомість ясна, наявність патологічних симптомів не перешкоджає активному способу життя.
2. *Стан середньої тяжкості*. Наявні скарги, можливе вимушене положення в ліжку, активність може посилювати біль, вираз обличчя хворобливий, виражені патологічні симптоми, змінений колір шкірних покривів.
3. *Тяжкий стан*. Пасивне положення в ліжку, активні дії здійснює із труднощами, свідомість може бути зміненою, змінений вираз обличчя. Виражені порушення функцій дихальної, серцево-судинної систем і ЦНС.

Порушені потреби (підкреслити):

- 1) дихати;
- 2) споживати їжу;
- 3) пити;
- 4) виділяти продукти життєдіяльності;

153

- 5) спати, відпочивати;
- 6) в особистій гігієні;
- 7) одягатися, роздягатися;
- 8) підтримувати температуру тіла;
- 9) бути здоровим;
- 10) уникати небезпеки;
- 11) рухатися;
- 12) спілкуватися;
- 13) мати життєві цінності — матеріальні і духовні;
- 14) грати, вчитися, працювати. *Оцінювання самоогляду*

Визначають ступінь незалежності пацієнта в самоогляді (незалежний, частково залежний, повністю залежний, зі сторонньою допомогою).

1. Зібравши необхідну суб'єктивну й об'єктивну інформацію про стан здоров'я пацієнта, медична сестра повинна одержати чітке уявлення про пацієнта до початку планування догляду.
2. Спробувати визначити, який стан є нормальним для людини, яким вона бачить свій нормальний стан здоров'я і яку допомогу може надати собі.
3. Визначити порушені потреби людини і потреби у догляді.
4. Установити ефективне спілкування з пацієнтом і залучити його до співробітництва.
5. Обговорити з пацієнтом потреби у догляді й очікувані результати.
6. Забезпечити такі умови сестринського догляду, за яких ураховуються потреби пацієнта, проявляється турбота й увага до пацієнта.
7. Заповнити документацію з метою її використати як основу для порівняння надалі.
8. Не допускати виникнення нових проблем у пацієнта.

Другий етап медсестринського процесу: медсестринська діагностика

Діагностування включає встановлення проблем, що виникають у пацієнта, виявлення факторів, що зумовлюють або провокують ці проблеми, сильних сторін пацієнта, які сприяють запобіганню або розв'язанню цих проблем.

Наявні або потенційні проблеми людини заносять у план сестринського догляду у вигляді чітких і коротких викладень-суджень.

У літературі ці судження називають *медсестринським діагнозом*. Концепція медсестринського діагнозу нова, однак у міру нагромадження знань у галузі медсестринської справи зростає і потенціал медсестринського діагнозу. Тому не настільки важливо, як назвати другий етап медсестринського процесу — *визначення проблем пацієнта, медсестринський діагноз чи діагностування*.

Часто пацієнт сам усвідомлює свої актуальні проблеми, наприклад біль, утруднене дихання, знижений апетит. Крім того, у пацієнта можуть бути проблеми, про які медична сестра не

здогадується. Медична сестра також може виявити проблеми, про які сам обстежуваний не здогадується, наприклад прискорений пульс або ознаки інфекції.

154

Медична сестра повинна знати джерела можливих проблем пацієнта:

- 1) навколишнє середовище і шкідливі фактори, що впливають на людину;
- 2) медичний діагноз пацієнта або лікарський діагноз. **Лікарський діагноз** визначає захворювання на підставі даних спеціального оцінювання фізичних ознак, історії захворювання, діагностичних тестів. Завданням лікарської діагностики є призначення лікування пацієнтові;
- 3) лікування, яке може дати небажаний побічний ефект, саме по собі стає проблемою (нудота, блювання при деяких видах лікування);
- 4) лікарняна обстановка (зараження людини внутрішньолікарняною інфекцією);
- 5) особисті обставини людини (низьке матеріальне становище пацієнта, що не дає змоги йому повноцінно харчуватися, що у свою чергу може становити загрозу здоров'ю).

Після проведеного оцінювання стану здоров'я пацієнта медична сестра повинна сформулювати діагноз, з'ясувати, хто із професійних працівників охорони здоров'я може допомогти пацієнтові.

Проблеми, яким медсестра може самостійно запобігти або які може вирішити, називаються *медсестринськими діагнозами*.

Медичній сестрі необхідно дуже чітко сформулювати діагнози й установити їхню пріоритетність і значимість для пацієнта.

Медсестринський діагноз — це стан здоров'я пацієнта (нинішній й потенційний), установлений в результаті проведеного медсестринського обстеження й що потребує втручання з боку медичної сестри.

У Європі з ініціативою створення Загальноєвропейської єдиної класифікації медсестринських діагнозів виступила Датська національна організація сестер. У листопаді 1993 р. під егідою Датського науково-дослідного інституту охорони здоров'я і медсестринської справи в Копенгагені відбулася I Міжнародна наукова конференція з проблем сестринських діагнозів. У конференції взяли участь представники понад 50 країн світу. Було відзначено, що уніфікація і стандартизація, а також термінологія поки залишаються серйозною проблемою. Очевидно, що без єдиної класифікації і номенклатури медсестринських діагнозів за прикладом лікарських медичні сестри не зможуть спілкуватися єдиною професійною мовою.

Етап встановлення медсестринських діагнозів і буде завершальним у мед-сестринському діагностичному процесі.

Медсестринський діагноз слід відрізняти від лікарського:

- лікарський діагноз визначає хворобу, а медсестринський — націлений на виявлення реакцій організму на його стан;
- лікарський діагноз може залишатися незмінним протягом усієї хвороби. Медсестринський діагноз може змінюватися щодня або навіть протягом дня в міру того, як змінюються реакції організму;
- лікарський діагноз припускає лікування в межах лікарської практики, а медсестринський — медсестринські втручання в межах компетенції і практики медичної сестри;

155

- лікарський діагноз, як правило, пов'язаний із виниклими патофізіологічними змінами в організмі. Медсестринський — часто пов'язаний з уявленнями пацієнта про стан свого здоров'я.

Медсестринські діагнози охоплюють усі сфери життя пацієнта. Розрізняють *фізіологічні, психологічні, соціальні і духовні діагнози*.

Медсестринських діагнозів може бути кілька — п'ять-шість, а лікарський переважно один. Розрізняють наявні, потенційні і пріоритетні медсестринські діагнози. Медсестринські діагнози, упроваджуючись у єдиний лікувально-діагностичний процес, не повинні розчленовувати його. Необхідно усвідомлювати, що одним з основних принципів медицини є принцип цілісності, тобто розуміння хвороби як процесу, що охоплює всі системи і рівні організму (клітинний, тканинний, органний). Аналіз патологічних явищ з урахуванням принципу цілісності дає змогу зрозуміти суперечливий характер локалізації хворобливих процесів, який не можна уявити собі без урахування загальних реакцій організму. При встановленні медсестринських діагнозів медична сестра використовує знання про організм людини, отримані за допомогою різних наук. Тому в основу класифікації медсестринських діагнозів покладено порушення основних процесів життєдіяльності організму, що охоплюють усі сфери життя пацієнта, як наявні, так і потенційні. Це дало змогу вже сьогодні розподілити різноманітні медсестринські діагнози на 14 груп. Це діагнози, пов'язані з порушенням процесів:

- *руху* (зниження рухової активності, порушення координації рухів та ін.);
- *дихання* (утруднене дихання, кашель продуктивний і непродуктивний, ядуха та ін.);
- *кровообігу* (набряки, аритмія та ін.);
- *харчування* (харчування, що значно перевищує потреби організму, погіршення харчування та ін.);
- *травлення* (порушення ковтання, нудота, блювання, закреп та ін.);
- *сечовипускання* (затримка сечі гостра і хронічна, нетримання сечі тощо);
- *усіх видів гомеостазу* (гіпертермія, гіпотермія, зневоднення, зниження імунітету та ін.);
- *поведінки* (відмова від приймання ліків, соціальна самоізоляція, суїцид та ін.);
- *сприйняття і відчуття* (порушення слуху, зору, смаку, біль і т. п.);
- *уваги* (довільної, мимовільної та ін.);
- *пам'яті* (гіпомнезія, амнезія, гіпермнезія);
- *мислення* (зниження інтелекту, порушення просторової орієнтації);
- *зміни в емоційній і чутливій сферах* (страх, занепокоєння, апатія, ейфорія, негативне ставлення до особистості медичного працівника, що надає допомогу, до якості проведених маніпуляцій, самотність та ін.);
- *зміни гігієнічних потреб* (дефіцит гігієнічних знань, навичок, проблеми з медичним обслуговуванням та ін.).

156

Ознаками порушення основних процесів життєдіяльності організму є ана-томо-фізіологічні, психосоціальні і духовні зміни в житті людини.

Особливого значення в медсестринській діагностиці надано встановленню психологічного контакту, визначенню первинного психологічного діагнозу.

Спостерігаючи і розмовляючи з пацієнтом, медична сестра відзначає наявність або відсутність психологічного напруження (незадоволеність собою, почуття сорому і т. п.) у родині, на роботі:

- рухи людини, її міміка, тембр голосу і темп мовлення, словниковий запас дають багато різноманітної інформації про пацієнта;
- зміни (динаміка) емоційної сфери, вплив емоцій на поведінку, настрої, а також на стан організму, зокрема на імунітет;
- порушення поведінки, які не відразу діагностуються і часто пов'язані із психосоціальним недорозвиненням, зокрема відхилення від загальноприйнятих норм фізіологічних відправлень, аномальні звички в їжі (спотворення смаку), незрозумілість мови виявляються часто.

Пацієнт втрачає психологічну рівновагу, з'являються тривога, хвороба, страх, сором, нетерпимість, депресія та інші негативні емоції, що є тонкими індикаторами, мотиваторами поведінки пацієнта.

Медична сестра знає, що первинні, емоційні реакції збуджують діяльність підкіркових судинно-вегетативних та ендокринних центрів.

Тому при виражених емоційних станах людина блідне або червоніє, виникають зміни ритму серцевих скорочень, знижується або підвищується температура тіла, змінюється діяльність потових, слізозових, сальних та інших залоз. У зляканої людини розширюються повікові щілини й зіниці, підвищується артеріальний тиск. Хворі в стані депресії малорухомі, усамітнюються.

Неправильне виховання робить людину менш здатною до вольової діяльності. Медична сестра, якій доводиться брати участь у навчанні пацієнта, повинна враховувати цей фактор, тому що він впливає на процес засвоєння "навчального матеріалу".

Таким чином, психологічний діагноз відображає психологічну дисгармонію пацієнта, що потрапив у незвичайну ситуацію.

Інформація про пацієнта інтерпретується медичною сестрою і заноситься в медсестринський психологічний діагноз з огляду на потреби пацієнта в психологічній допомозі.

Наприклад, *медсестринський діагноз*:

— *пацієнт відчуває сором перед поставленням очисної клізми;*

— *пацієнт відчуває тривогу, пов'язану з неможливістю обслуговувати себе.* Психологічна діагностика тісно пов'язана із соціальним статусом пацієнта.

Від соціальних факторів залежить і психологічний, і духовний стан пацієнта, який може спричинити багато захворювань. Тому можна об'єднати психологічне і соціальне діагностування в психосоціальне. Звичайно, нині недосить повно вирішуються проблеми пацієнта в сфері психосоціальної допомоги, проте медична сестра, враховуючи соціально-економічні відомості про па-

157

цієнта, соціальні фактори ризику, може досить точно діагностувати реакцію пацієнта на його стан здоров'я. Після формулювання всіх сестринських діагнозів медична сестра встановлює їхню пріоритетність, опираючись на думку пацієнта про першочерговість надання йому допомоги.

Зразковий банк проблем пацієнта або медсестринських діагнозів

1. Почуття тривоги, пов'язане з... (із вказівкою імовірної причини хворобливої реакції).
2. Почуття розпачу і безнадійності, пов'язане з... (наприклад, тривалим захворюванням).
3. Недостатнє харчування, що не відповідає потребам організму.
4. Надмірне харчування, що перевищує потреби організму.
5. Зниження захисних функцій організму у зв'язку з...
6. Занепокоєння, пов'язане зі... (станом здоров'я).
7. Відсутність санітарних умов (побуту, роботи, стаціонару).
8. Дефіцит (відсутність) знань і навичок для здійснення... (наприклад, гігієнічних заходів).
9. Швидка втомлюваність (загальна слабкість).
10. Зниження емоційного тону у зв'язку зі страхом (стресом).
11. Зниження (відсутність) фізичної активності (рухливості).
12. Необгрунтована відмова від приймання ліків.
13. Недостатня самогігієна.
14. Необхідність психологічної підтримки.
15. Необхідність участі у догляді... (вирішує пацієнт).
16. Самітність.
17. Дефіцит про здоровий спосіб життя.
18. Страх і безнадійність, пов'язані зі звісткою про невиліковне захворювання (СНІД, рак).
19. Стан психологічного порушення (негативне ставлення до своєї проблеми):
 - пацієнт недооцінює тяжкість стану;
 - пацієнт заперечує факт захворювання;
 - у пацієнта є перебільшені побоювання за своє здоров'я, але подолати їх він не може;
 - пацієнт "поринає", "заглиблюється" у хворобу;

- на тлі хвороби в пацієнта значно зростає тривожність;
 - пацієнт ставить свої страждання над усе, вимагає особливої уваги з боку родичів, особливої турботи;
 - пацієнт вважає, що хвороба є наслідком злого наміру, стає підозріливим щодо призначених ліків, процедур;
 - пацієнт усім незадоволений, злісний, часом агресивний.
20. Стан емоційної нестійкості, джерелом якого є порушення життєвих позицій і цінностей.
21. Зниження пізнавальних функцій (зниження інтелекту, розумового статусу, сприйняття).

158

22. Порушення поведінки (порушення спілкування, дотримання традицій та ін.).
23. Страх за своє майбутнє (перед операцією).
24. Занепокоєння із приводу... (відносин у родині).
25. Дефіцит знань... (про хворобу).
26. Пацієнт не справляється із проблемою.
27. Порушення комфортного стану (нетримання сечі, калу, нудота, блювання).
28. Дефіцит самодогляду, пов'язаний зі зниженою фізичною активністю.
29. Конфліктна ситуація в родині.
30. Виникнення сімейних проблем, пов'язаних із... (наприклад із тривалим перебуванням у стаціонарі).
31. Невмілий догляд за інвалідом з боку родичів.
32. Страх втратити... (родину, роботу і т. п.).
33. Неможливість здійснити самогляд, пов'язана з... (загальною слабкістю, зниженою фізичною активністю тощо).
34. Безсоння.
35. Порушення сну.
36. Порушення комфортного стану: ... (біль, пов'язаний із...).
37. Порушення спорожнення кишок (закреп, пронос).
38. Свербіж шкіри волосистої частини голови, пов'язаний із педикульозом.
39. Порушення цілості шкірних покривів (пролежні).
40. Ризик появи пролежнів, попріlostей у тяжкохворих.
41. Почуття страху в пацієнта перед... (поставленням п'явок).
42. Ризик переохолодження пацієнта при водних процедурах.
43. Лихоманка... у третій період, криза.
44. Посилене газоутворення в кишках (метеоризм).
45. Почуття фальшивого сорому.
46. Почуття фізичної втрати.
47. Інфікування й ушкодження стоми у зв'язку з неправильним доглядом.
48. Блювотний рефлекс.
49. Відмова від процедури.
50. Почуття провини у близьких приреченого пацієнта.
51. Невміння близьких доглядати за тяжкохворим.
52. Надмірна депресія в пацієнта у зв'язку... (з майбутньою втратою).
53. Нерухомість.
54. Почуття розпачу і безнадійності, пов'язане зі звісткою про близьку смерть.
55. Соціальна самоізоляція (ізоляція).
56. Тривога, пов'язана з потребою в сторонньому догляді.
57. Підвищення АТ.
58. Напад ядухи.
59. Виникнення пролежнів.
60. Кровотеча (шлункова, легенева).

159

Третій етап медсестринського процесу: визначення цілей медсестринського втручання Види й елементи цілей медсестринського догляду (втручань)

Цілі догляду встановлюють із двох причин:

- 1) визначають напрямок індивідуального медсестринського втручання;
- 2) визначають ступінь ефективності втручання.

Пацієнта активно залучають до процесу планування цілей. Одночасно медична сестра мотивує пацієнта на успіх, і спільно з пацієнтом визначає шляхи досягнення мети.

Наприклад, *планування медсестринських втручань у плані догляду пацієнта з бронхіальною астмою:*

- 1) *підготовка пацієнта та взяття біологічного матеріалу для лабораторних досліджень;*
- 2) *підготовка пацієнта до інструментальних методів дослідження;*
- 3) *спостереження за пацієнтом та вирішення його наявних проблем;*
- 4) *виконання лікарських призначень;*
- 5) *вирішення супутніх проблем пацієнта;*
- 6) *навчання пацієнта та його рідних само- і взаємодогляду.*

Для кожної домінуючої потреби або медсестринського діагнозу в план сестринського догляду вносять окремі цілі, які розглядають як бажаний результат догляду.

Кожна мета в обов'язковому порядку включає три компоненти:

- 1) виконання (дія);
- 2) критерій (дата, час, термін);
- 3) умова (за допомогою кого-небудь або чого-небудь).

Наприклад: пацієнт сидітиме в ліжку, підклавши подушки, на 7-й день.

Вимоги до встановлення цілей

1. Цілі мають бути реальними, досяжними.
2. Необхідно встановити конкретні терміни досягнення кожної мети.
3. Пацієнт повинен брати участь в обговоренні кожної мети. За термінами розрізняють **два види цілей:**

- 1) *короткострокові*, досягнення яких здійснюється протягом 1 тиж. і більше;
- 2) *довгострокові*, яких досягають протягом тривалого періоду, понад 1 тиж., часто після виписування пацієнта зі стаціонару.

Приклади цілей

• Короткострокові

1. У пацієнта К. ядуху буде усунуто через 20—25 хв.
2. Свідомість пацієнта відновиться протягом 5 хв.
3. У пацієнта А. буде купіровано больовий напад протягом 30 хв.
4. У пацієнта Л. зникнуть набряки на нижніх кінцівках до кінця тижня.

• Довгострокові

1. У пацієнта К. зникне задишка в стані спокою до моменту виписування.

160

2. У пацієнта І. стабілізуються показники АТ до 10-го дня.

3. Пацієнт А. буде психологічно підготовлений до життя в родині до моменту виписування.

Четвертий етап — планування обсягу медсестринських втручань: реалізація плану медсестринських втручань

Після формулювання мети за пріоритетним діагнозом у сестринському плані догляду планують обсяг сестринських втручань. План сестринських втручань — це письмове керівництво, докладне перерахування спеціальних дій медичної сестри, необхідних для досягнення цілей догляду.

Розрізняють три типи сестринських втручань: *залежні, незалежні і взаємозалежні.*

Залежними називаються дії медичної сестри, які вона виконує за призначенням лікаря і під його наглядом.

Незалежні дії медична сестра здійснює сама у міру своєї компетенції. До незалежних належать дії щодо спостереження за реакцією на лікування, адаптацією пацієнта до хвороби, надання долікарської допомоги, здійснення заходів щодо особистої гігієни, профілактики внутрішньолікарняної інфекції, організації дозвілля, поради пацієнтові, навчання.

Взаємозалежними називаються дії медичної сестри зі співпраці з іншими працівниками з метою надати допомогу, догляд. До них належать дії з підготовки до участі в інструментальних, лабораторних дослідженнях, участь у консультуванні (ЛФК, дієтолог, фізіотерапевт та ін.).

Вимоги до визначення обсягу медсестринських втручань

1. Необхідно визначити типи медсестринських втручань: залежні, незалежні, взаємозалежні.
2. Планування медсестринських втручань здійснюють на основі порушених потреб пацієнта.
3. При плануванні обсягу медсестринських втручань ураховують методи медсестринських втручань.

Приклади медсестринських втручань

• *Залежні*

1. Виконувати призначення лікаря, доповідати про зміни стану здоров'я пацієнта.

• *Незалежні*

1. Спостерігати за реакцією на лікування, надавати долікарську допомогу, здійснювати заходи щодо особистої гігієни, щодо профілактики внутрішньо-лікарняної інфекції, організовувати дозвілля, давати поради пацієнтові, навчати пацієнта.

• *Взаємозалежні*

1. Співпраця з іншими працівниками з метою догляду, надання допомоги, підтримки.
2. Консультування.

161

Методи медсестринських втручань

Медсестринська допомога планується на основі порушених потреб пацієнта з метою їх задоволення, а не на основі медичного діагнозу.

Методи медсестринських втручань можуть виступати і способами задоволення порушених потреб.

До методів належать:

- 1) надання долікарської допомоги;
- 2) виконання лікарських призначень;
- 3) створення комфортних умов для життєдіяльності з метою задоволення основних потреб пацієнта;
- 4) надання психологічної підтримки й допомоги;
- 5) виконання технічних маніпуляцій;
- 6) заходи щодо профілактики ускладнень і зміцнення здоров'я;
- 7) організація навчання і консультування пацієнта і членів його родини.

Реалізація обсягу медсестринських втручань

Згідно з визначенням ВООЗ, етап реалізації визначається як виконання дій, спрямованих на досягнення специфічних цілей.

Вимоги до реалізації плану

1. Систематично виконувати план.
2. Здійснювати координацію намічених дій.
3. Залучати пацієнта до процесу надання допомоги, а також членів його родини.
4. Планований догляд може бути і не здійсненим за зміни обставин.
5. Долікарська допомога надається за стандартами мед сестринської практики з урахуванням індивідуальності пацієнта.
6. Медсестринські маніпуляції здійснюються за алгоритмами (протоколами медсестринських маніпуляцій).

7. Реалізацію плану догляду позначають у карті медсестринського догляду з урахуванням періодичності виконання і оцінюванням за часом виконання і реакцією пацієнта на здійснений догляд.

Приклад реалізації одного з методів сестринських втручань. Виконання призначень лікаря
Підготувати пацієнта до УЗД органів черевної порожнини: 1) виключити з раціону газоутворювальні продукти: молочні, овочі, фрукти у свіжому виді, чорний хліб, фруктові соки, дріжджові продукти, солодощі, проносні за 2—3 дні до дослідження; 2) протягом 2—3 днів до дослідження давати пацієнтові *карболен* (активоване вугілля) по 2 таблетки три рази на день за призначенням лікаря; 3) за 18—20 год до дослідження — голодування; 4) пацієнт, направлений на УЗД, повинен мати при собі історію хвороби, рушник, простирadlo, змінне взуття.

162

П'ятий етап медсестринського процесу: оцінювання результатів і корекція догляду

Метою підсумкового оцінювання є визначення результату медсестринської допомоги.

Оцінювання здійснюють безперервно, починаючи з оцінювання домінуючої потреби, до виписування або смерті пацієнта.

Медична сестра постійно збирає, критично аналізує інформацію, робить висновки про реакцію пацієнта на догляд, про реальну можливість здійснення плану догляду і наявність нових проблем, на які необхідно звернути увагу. Таким чином, можна виділити основні аспекти оцінювання:

- досягнення мети;
- реакція пацієнта на сестринське втручання;
- активний пошук і оцінювання нових проблем, порушених потреб. Якщо поставлені цілі досягнуто і проблему вирішено, медична сестра відзначає в плані, що ціль досягнуто з цієї проблеми, зазначає час, ставить підпис.

Якщо мету медсестринського процесу з цієї проблеми не досягнуто і в пацієнта збереглася потреба в медсестринському догляді, необхідно здійснити переоцінювання, щоб установити причини погіршення стану або не настання поліпшень у стані пацієнта. Важливо залучити самого пацієнта, а також корисно порадитися з колегами щодо подальшого планування.

Головне — установити причини, що перешкодили досягненню поставленої мети.

У результаті може змінитися сама мета. Необхідно внести зміни в план сестринського втручання, тобто здійснити корекцію догляду.

Оцінювання результатів і корекція дають змогу:

- визначити якість догляду;
- відстежити відповідну реакцію пацієнта на сестринське втручання;
- виявити нові проблеми пацієнта.

Систематичний процес оцінювання вимагає від медичної сестри уміння мислити аналітично під час зіставлення очікуваних результатів із досягнутими і вчасно проводити корекцію плану втручання з метою надати ефективнішу допомогу пацієнтові.

Оцінювання плану здійснюють на основі аналізу результатів досягнення поставленої мети.

Стан пацієнта в результаті сестринського втручання є основою для ухвалення рішення про необхідність корекції плану.

Приклад оцінювання результатів. Пацієнт підготовлений до УЗД органів черевної порожнини. Дата, час, хвилини, підпис.

Документація медсестринського процесу. Рекомендації щодо її ведення

Документація включає медсестринську історію стану здоров'я або хвороби пацієнта.

Заповнення документації вимагає часу і не має бути складним про-

163

цесом. Форми не мають перешкоджати роботі, перетворюючись на окремий вид діяльності, ще один виробничий ритуал.

Необхідність документувати медсестринський процес полягає в тому, щоб від інтуїтивного підходу з надання допомоги пацієнтові медична сестра перейшла до продуманого, сформованого, розрахованого на задоволення порушених потреб догляд. Звичайно, не всі медичні сестри зможуть документувати сестринський процес чітко, ясно, професійно; треба все продумати: формат, точність, стислість викладення та ін. Важливим є сам процес мислення медичної сестри, умови праці, її компетентність. Можливо, потрібен час для формування навичок ведення записів. Необхідно розробити оптимально зручну документацію.

Слід пам'ятати про уникнення повторів і розуміти систему фіксації інформації, але останнє слово залишається за всіма учасниками медсестринського процесу.

Принципи ведення документації

1. Чіткість у виборі слів і веденні записів.
2. Коротке і недвозначне викладення інформації.
3. Охоплення основної інформації.
4. Використання тільки загальноприйнятих скорочень.
5. Кожному запису має передувати зазначення дати і часу, а наприкінці запису має стояти підпис медичної сестри, що склала звіт.

Період упровадження сестринського процесу досить тривалий, тому можуть виникнути певні проблеми, пов'язані з документацією:

- 1) неможливість відмовитися від старих методів ведення документації;
- 2) дублювання документації;
- 3) план догляду не має відволікати від головного — надання допомоги. Щоб цього уникнути, важливо розглядати документацію як природний розвиток безперервності надання допомоги;
- 4) документація відображає ідеологію своїх розроблювачів і залежить від моделі медсестринської справи, тому може зазнавати змін.

Рекомендації щодо ведення документації

1. Записуйте проблеми пацієнта з його слів. Це допоможе вам обговорювати з ним питання догляду, а йому краще зрозуміти план догляду.
2. Називайте цілями те, чого прагнете досягти спільно з пацієнтом. Умійте сформулювати мету, наприклад: у пацієнта зникнуть (або зменшаться) неприємні симптоми (зазначте, які), далі — термін, за який, на вашу думку, відбудуться зміни в стані його здоров'я.
3. Складайте індивідуальні плани догляду за пацієнтом, опираючись на стандартні плани догляду. Це скоротить час написання плану і визначить науковий підхід до сестринського планування.
4. Зберігайте план догляду в тумбочці пацієнта (або в іншому місці, зручному для вас, пацієнта і всіх, хто бере участь у медсестринському процесі), і тоді будь-який член бригади (зміни) зможе ним скористатися.

164

5. Зазначайте термін (дату, час) реалізації плану, укажіть, що допомогу було надано відповідно до плану (не дублюйте запис, заощаджуйте час). Поставте підпис у конкретному розділі плану і внесіть туди додаткову інформацію, яку не було заплановано, але вона потрібна. Відкоригуйте план.

6. Залучайте пацієнта до ведення записів, пов'язаних із самопомогою або, наприклад, з урахуванням водного балансу добового діурезу.

7. Навчіть усіх учасників процесу проведенню догляду (родичів, допоміжний персонал), виконувати певні елементи догляду і реєструвати їх.

Стандарт — це нормативний документ, розроблений на основі консенсусу і затверджений визнаним органом, у якому встановлюються для загального і багаторазового використання правила, загальні принципи або характеристики, що стосуються різних видів діяльності або

їхніх результатів, і який спрямований на досягнення оптимальної міри впорядкування в певній галузі.

Стандарти технологій виконання простих медичних послуг мед сестринським персоналом дають змогу відповісти на певні запитання.

Що повинна робити медична сестра, щоб забезпечити достатню якість медичної послуги? Скільки часу треба витратити медичній сестрі на виконання тієї або іншої процедури для забезпечення достатньої якості послуги?

Чим має бути оснащено робоче місце, щоб медична сестра могла виконати ту або іншу процедуру за певний час, забезпечити достатню якість послуги і власну безпеку.

Як забезпечити власну безпеку при виконанні будь-яких маніпуляцій, у тому числі не пов'язаних із наданням медичних послуг?

Стандарт має відображати усі сторони надання медичної допомоги, припускати використання лише дозволених технологій, мати довготривале значення і відповідне інформаційне забезпечення, бути конкретним, придатним для контролю, реально виконуваним, науково обґрунтованим з урахуванням наявних ресурсів.

При виконанні травматичних процедур дослідження або лікування, маніпуляцій або методів лікування з високим ризиком виникнення несприятливих побічних ефектів стандарт має бути законодавчо підтвердженим і захищати не лише пацієнта, але, що важливо, медичну сестру або інший персонал, який виконує цю процедуру.

165

Таблиця 11. Етапи медсестринського процесу та діяльність медичної сестри

Етап I — медсестринське обстеження пацієнта	Етап II — виявлення проблем (фізіологічні, психологічні, емоційні) пацієнта — інтерпретація даних	Етап III — визначення цілей медсестринського догляду (спільно з пацієнтом або членами його сім'ї)	Етап IV — планування обсягу медсестринських втручань	Етап V — оцінювання результатів та корекція догляду
1. Суб'єктивне обстеження (бесіда з пацієнтом, рідними пацієнта): а) паспортні дані; б) інформація про: — основні етапи життя; — соціально-побутові	1. Проблеми: — наявні (актуальні): біль, кровотеча, втрата зору тощо; — потенційні: пролежні, кровотеча з післяопераційної рани. 2. Визначення пріоритетності проблеми	1. Цілі: — короткострокові (до 7 днів); — довгострокові (тижні, місяці). 2. Складові досягнення: — дії (мед-	1. Типи медсестринських втручань: — залежні; — незалежні; — взаємозалежні. 2. Методи:	1. Аспекти оцінювання: — ступінь досягнення мети; — реакції пацієнта на втручання; — активний пошук і оцінювання нових проблем. 2. Джерела

<p>умови;</p> <p>— спадковість;</p> <p>— психічний стан (емоційний стан здоров'я, зміни поведінки);</p> <p>— соціальний стан (можливість пацієнта здійснювати самогляд).</p>	<p>сестринські втручання);</p> <p>— критерії (очікуваний результат)</p>	<p>— надання допомоги пацієнту в самогляді;</p> <p>— поради і навчання пацієнта або членів його сім'ї;</p> <p>— надання психологічної допомоги, підтримки;</p>	<p>оцінювання:</p> <p>— спостереження за станом пацієнта;</p> <p>— дані додаткових досліджень.</p> <p>3. Критерії оцінювання:</p>
--	---	--	---

166

Закінчення табл. 11

Етап I — медсестринське обстеження пацієнта	Етап II — виявлення проблем (фізіологічні, психологічні, емоційні) пацієнта — інтерпретація даних	Етап III — визначення цілей медсестринського догляду (спільно з пацієнтом або членами його сім'ї)	Етап IV — планування обсягу медсестринських втручань	Етап V — оцінювання результатів та корекція догляду
<p>2. Об'єктивне обстеження (оцінювання фізичного стану пацієнта, використовуючи зір, слух, дотик, нюх):</p> <p>— загальний вигляд пацієнта;</p> <p>— опорно-руховий апарат;</p> <p>— органи дихання;</p> <p>— серцево-судинна система;</p> <p>— органи травлення;</p> <p>— сечові і статеві органи;</p> <p>— нервова та ендокринна системи.</p> <p>3. Вимірювання: зросту, маси тіла, артеріального тиску, температури тіла.</p> <p>4. Визначення: пульсу,</p>			<p>— профілактика ускладнень;</p> <p>— зміцнення здоров'я</p>	<p>— "мету досягнуто, проблему усунуто";</p> <p>— "мету не досягнуто";</p> <p>— "мету досягнуто не повністю";</p> <p>— "з'явилася нова проблема і наявна проблема вже не актуальна"</p>

частоти дихання (їхня характеристика), добового діурезу, водного балансу. 5. Додаткові дослідження: — лабораторні та інструментальні. 6. Додаткова інформація: бесіда з лікарем або іншим медичним персоналом (лікарський діагноз)				
--	--	--	--	--

167

Медсестринська історія хвороби пацієнта

(навчальна)

Назва лікувально-профілактичного закладу:

Дата і час поступлення _____

Назва лікувального відділення Палата №__

1. Прізвище _____

Ім'я та по батькові

2. Вік _____

/повні роки; для дітей: до 1 року — місяці; до 1 міс. — дні/

3. Постійне місце проживання _____

/місто, село/ — підкреслити; вписати адресу, вказати адресу родичів, № теле-фона/

4. Місце роботи, професія, посада _____

/для учнів, студентів — місце навчання/

5. Хто направив пацієнта

6. Лікарський діагноз

7. Медсестринський діагноз при поступленні _____

8. Медсестринський діагноз при виписуванні _____

Медсестринські проблеми /пріоритетні підкреслити, дійсні чи потенційні вказати "д", "п"/

1.

2. 3. 4. 5.

Медсестринський діагноз під час прибуття пацієнта

Збирання даних

I. Суб'єктивне дослідження

1. Скарги пацієнта на цей час.

2. З якого часу вважає себе хворим.

3. З чим пов'язує захворювання.

4. Останнє погіршення стану.

5. Перенесені захворювання, операції.

6. Фактори ризику (потрібне підкреслити):

— алергоанамнез;

— спадковість;

— куріння (так/ні);

— алкоголь (так), помірно, надмірно (ні);

— наркотики;

168

— гіподинамія;

— надмірна маса тіла;

— часті стреси в сім'ї чи на роботі;

— професійні шкідливості.

7. Харчування:

- апетит збережений, підвищений, знижений;
- дотримання режиму харчування (так/ні);
- переважання в раціоні харчування гострої, жирної, смаженої, рослинної, м'ясо-молочної, молочної їжі, їжі з борошна;
- улюблені страви, напої _____
- добове споживання рідини: достатньо, обмежено, багато.

8. Здатність самостійно:

- харчуватись;
- користуватись туалетом;
- умиватись, приймати ванну, душ, проводити гігієну ротової порожнини;
- рухатись;
- одягатись;
- роздягатись;
- готувати їжу;
- виконувати ін'єкції (для хворих на цукровий діабет);
- читати, писати;
- спілкуватись (вербально, невербально);
- підтримувати безпеку навколишнього середовища;
- порушення гостроти зору (окуляри, контактні лінзи);
- порушення гостроти слуху (слуховий апарат) — праве вухо, ліве;
- порушення пам'яті, уваги, розуміння, орієнтування в просторі та часі (підкреслити);
- використання пристроїв для ходьби: палиця, милиці, "ходунки", крісло-каталка, протези (підкреслити).

9. Реакція на захворювання (потрібне підкреслити):

- адекватна;
- неадекватна (недооцінка тяжкості свого стану, іпохондрична, утилітарна, заглиблення в хворобу, поверхнева).

10. Ставлення до релігії (так/ні).

11. Підтримка сім'ї (так/ні).

12. Підтримка за межами сім'ї (так/ні).

II. Об'єктивне дослідження

Фізіологічні показники

1. Свідомість (ясна, порушена, відсутня).
2. Положення тіла в ліжку: активне, пасивне, вимушене.
3. Зріст ___ см.
4. Маса тіла ___ кг. Оптимальна маса _____.
5. Температура тіла _____ °С.
6. Стан шкіри та слизових оболонок:
 - вологість, сухість;
 - колір (гіпертонія, блідість, ціаноз, жовтяничність);
 - ушкодження (попрілості, пролежні — стадія I; II; III, IV — указати локалізацію);

169

— набряки (так/ні);

— висипання (так/ні).

7. Скелетно-м'язова система:

- деформація скелета (так/ні);
- функції суглобів (збережені, порушені — указати локалізацію).

8. Дихальна система:

- частота дихальних рухів за 1 хв;
- дихання: глибоке, поверхнєве, ритмічне, аритмічне;
- задишка (так/ні);
- характер задишки: експіраторна, інспіраторна, змішана (підкреслити);
- характер мокротиння: гнійне, геморагічне, серозне, пінисте, неприємний запах (підкреслити);
- аускультация легень: везикулярне, жорстке, ослаблене (підкреслити);
- відхилення від норми, норма.

9. Серцево-судинна система:

непритомність										
2. Сон: нормальний										
порушений										
3. Настрій										
4. Шкіра: без особливостей										
Попрілості										
Набряки										
Ціаноз										
Гіперемія										
Жовтяничність										
Пролежні										
Інші										
5. Кашель: сухий										
вологий										
Мокротиння: серозне										

171

гнійне										
Кровохаркання										
6. Задишка: інспіраторна										
змішана										
7. Біль: без змін										
посилився										
зменшився										
8. Маса тіла, кг										
9. Споживання їжі: самостійно										
необхідна допомога										
10. Особиста гігієна: самостійно										
потребує допомоги										
11. Фізіологічні відправлення: випорожнення — регулярно										
Закреп										
Пронос										
Метеоризм										
12. Сечовипускання: без болю										
Утруднене										
Неутримання										
Енурез										
Анурія										
Колір пива										
Колір м'ясних помиїв										

Інтерпретація отриманих даних

Порушено задоволення потреб (підкреслити):

1. Дихання.
2. Споживання їжі.
3. Вживання рідини.
4. Фізіологічні відправлення.
5. Сон, відпочинок.
6. Підтримка особистої гігієни.
7. Одягання, роздягання.
8. Підтримка нормальної температури тіла.

9. Здоров'я.
10. Підтримка безпеки навколишнього середовища.
11. Рух.
12. Спілкування.
13. Життєві цінності.
14. Самовираз, самореалізація.

172

Сестринські діагнози, схвалені асоціацією NAN^A

1. Нестабільна життєдіяльність.
2. Зміна сімейних процесів стану.
3. Патологія росту та розвитку.
4. Погіршення харчування: не відповідає потребам організму.
5. Надмірне харчування: перебільшує потреби організму.
6. Спадкові зміни.
7. Зміни в аналізі сечі.
8. Зміна захисних функцій.
9. Зміна рольової функції.
1. Зміна моделі сексуальної поведінки.
- 0.
1. Зміна процесів мислення.
- 1.
1. Передчасна збентеженість.
- 2.
1. Збентеженість.
- 3.
1. Дефіцит гігієнічних навичок та санітарних умов.
- 4.
1. Порушення схеми тіла.
- 5.
1. Нетримання калу.
- 6.
1. Нетримання сечі.
- 7.
1. Хронічний біль.
- 8.
1. Хронічний закріп.
- 9.
2. Серцева недостатність.
- 0.
2. Пронос.
- 1.
2. Недостатнє бажання стежити за собою.
- 2.
2. Ефективне годування груддю.
- 3.
2. Стомленість.
- 4.
2. Недостатній об'єм рідини.
- 5.
2. Надмірний об'єм рідини.
- 6.
2. Бажання підтримати високий рівень здоров'я.
- 7.
2. Задишка.
- 8.
2. Високий ризик інфікування.
- 9.

- 3 Високий ризик травм.
- О
- .
- 3 Високий ризик порушення нервово-серцевої функції.
- 1.
- 3 Високий ризик отруєння.
- 2.
- 3 Гіпертермія.
- 3.
- 3 Знижений газообмін.
- 4.
- 3 Неможливість самообслуговування вдома.
- 5.
- 3 Порушення ковтання.
- 6.
- 3 Зниження рухливості.
- 7.
- 3 Порушення цілості шкірних покривів.
- 8.
- 3 Недостатнє очищення дихальних шляхів.
- 9.
- 4 Дихальна недостатність.
- 0.
- 4 Неefективне виконання лікувальної схеми.
- 1.
- 4 Дефіцит знань.
- 2.
- 4 Недотримання режиму приймання ліків.
- 3.
- 4 Біль (вказати конкретно характер, локалізацію).
- 4.

- 4 Стрес.
- 5.
- 4 Стійкий закрeп.
- 6.
- 4 Порушення пам'яті.
- 7.

173

- 48. Реакція після травми.
- 49. Синдром стресу переміщення.
- 50. Сексуальна дисфункція.
- 51. Соціальна ізоляція.
- 52. Затримка сечі.
- 53. Відмова від їжі.
- 54. Попрілості.
- 55. Виділення з очей, носа, вух, сечових і статевих органів.
- 56. Ціаноз місцевий (загальний).
- 57. Кашель.
- 58. Недостатність пульсу.
- 59. Артеріальна гіпер- чи гіпотензія.
- 60. Зміни слизової оболонки ротової порожнини.
- 61. Синдром травми згвалтування.
- 62. Порушення відчуття гідності.

Примітка: під час догляду за пацієнтами різного профілю в щоденник сестринського спостереження необхідно внести доповнення в критерії відповідно до клінічного профілю пацієнта. Наприклад, "Карта сестринського догляду за післяопераційним пацієнтом", "... інфекційним хворим", "... новонародженим" тощо.

Показник функціонального стану (температура тіла, частота дихальних рухів, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, добовий діурез, водний баланс) реєструється в температурному листку. Для визначення ризику розвитку пролежнів можна використовувати шкалу Брейдена, а для визначення загального стану пацієнта — шкалу Нортон.

План сестринського догляду

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта Відділення № палати

Дата	Проблема пацієнта	Мета (очікуваний результат)	Сестринські втручання, дп	Періодичність, кратність, частота оцінювання	Кінцева дата досягнення мети	Підсумкове оцінювання ефективності

Погоджено з лікарем-куратором: Медична сестра (підпис)

План навчання пацієнта

Відділення _____

Лікар (підпис)

№ палати

Прізвище, ім'я та по батькові

Проблема	Мета	Сестринські втручання

174

ЛИСТ ПЕРВИННОГО ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ ПАЦІЄНТА МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ

(навчаль Прізвище, ім'я, по батькові

пацієнта

Стать ж ч

(підкреслити*)

Місце проведення дослідження: поліклініка (стаціонар), удома

(необхідне підкреслити) Скарги на цей час: _____

Фізіологічний стан

Психологічний стан

Соціальне здоров'я

Дихання: норма/відхилення

Рухливість: збережена/порушена/відсутня

Положення в ліжку: активне/пасивне/вимушене

Біль: так/ні

Засіб подолання болю:

Емоції: позитивні/негативні

Настрій: гарний/порушений

Спілкування: вербальне/невербальне

Відчуття самоповаги: збережене/порушене

Повага оточення: так/ні

Питання релігійності: так/ні

Сім'я: так/ні

Психологічний клімат сім'ї: па негативний

Друзі: так/ні

Відчуття самотності: так/ні

Житло: так/ні. Задоволеність:

Прибуток: так/ні.

Задоволеність

Робота: так/ні.

Задоволеність:

Захоплення: так/ні (якщо "так" конкретно):

Медикаментозна терапія: так/ні

Наявність стресів: так/ні

Засоби подолання стресу:

Алергійні реакції: так/ні

Харчування та вживання рідини: самостійно/ потребує допомоги/достатньо/ні

Фізіологічні відправлення: нормальне/ порушене

Сон: добре спить/порушений

Постійна температура тіла: так/ні

Прояв сексуальності: так/ні

Реакція на захворювання: адекватна/ неадекватна

Пам'ять: порушена/збережена

Здатність до пізнавальної діяльності: так/ні

Знання про здоровий спосіб життя: так/ні

Задоволеність своїм соціальним так/ні

175

Аналіз і синтез отриманих даних

Проблеми існують: так/ні

так/ні

так/ні

Проблеми якої групи пацієнт вважає найбільш вагомими? (У відповідній графі поставити: 1, 2, 3) Бажання пацієнта вирішити свої проблеми: так/ні

Сестринський

діагноз _____ Узгодження з пацієнтом: так/ні

Для вирішення проблем пацієнта слід (підкреслити):

1. Ініціювати самопомогу та самогляд.
2. Залучити до співпраці: родину/друзів.
3. Організувати консультації спеціалістів (указати яких саме): _____.
4. Залучити соціальну службу до партнерства.
5. Залучити для догляду патронажну службу.

Дата дослідження " ____ " _____ 20 __ р.

Підпис медичної

сестри _____

176

Протокол проведення первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта (зворотна сторона плану навчання)

Дата	Час	Оцінювання	Коментарі	Підпис

Алгоритм заповнення "Плану сестринського догляду" та "Плану навчання" на прикладі ситуаційної задачі

У терапевтичне відділення поступила пацієнтка Т., 72 років, з діагнозом: "Артрит правого колінного суглоба". При оцінюванні стану пацієнтки медична сестра з'ясувала, що жінка не може швидко дійти до туалету (через біль), тому в неї часто бувають нетримання сечі, падіння (через запаморочення). Які потреби пацієнтки не задовольняються?

До якого рівня потреб вони належать (за ієрархією Маслоу)?

Скласти план догляду за пацієнткою та лист навчання.

План сестринського догляду

Прізвище, ім'я, по батькові: Т. М. Я., 72 роки Відділення: *терапевтичне*, палата № 5

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1. М.Я. не може швидко дійти до туалету (біль у суглобі, запаморочення)	1. М.Я. зможе ходити до туалету за допомогою медичної сестри або за допомогою милиці	1. Медична сестра буде з'являтися за викликом М.Я.
2. М.Я. не може користуватися милицею	2. М.Я. зможе користуватися милицею	2. Навчити М.Я. користуватися милицею

План навчання пацієнта

Прізвище, ім'я, по батькові: Т. М. Я., 72 роки Відділення: *терапевтичне*, палата № 5

Проблема	Мета	Сестринські втручання
М.Я. не може користуватися милицею	М.Я. зможе користуватися милицею	М.Я. навчиться користуватися милицею щоденно або тоді, коли потрібно

177

Протокол проведення первинного та поточного оцінювання навчання пацієнта

Дата	Час, год	Оцінювання	Коментарі	Підпис
31.01.2010 р.	8:00	М.Я. зрозуміла, що потрібно користуватися милицею	М.Я. викликає до себе медичну сестру, щоб користуватися милицею	

11:00		М.Я. користується милицею за допомогою медичної сестри
14:00	М.Я. зрозуміла, як тримати милицю	М.Я. не викликає до себе медичну сестру під час користування милицею, але медична сестра йде поруч
19:00	М.Я. самостійно за допомогою милиці дійшла до туалету	Мету досягнуто повністю, проблему вирішено

178

РОЗДІЛ 2. ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. МАНІПУЛЯЦІЙНА ТЕХНІКА

ІНФЕКЦІЙНА БЕЗПЕКА. ІНФЕКЦІЙНИЙ КОНТРОЛЬ. САНІТАРНО-ПРОТИЕПІДЕМІЧНИЙ РЕЖИМ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Після вивчення теми студенти мають **Знати:**

- поняття інфекційної безпеки;
- визначення і масштаб проблеми внутрішньолікарняної інфекції;
- способи передачі інфекції;
- чинники, що впливають на сприйнятливність організму хазяїна;
- групи ризику розвитку внутрішньолікарняної інфекції;
- види збудників, що спричинюють внутрішньолікарняну інфекцію;
- резервуари збудників внутрішньолікарняних інфекцій;
- способи передачі конкретних збудників;
- заходи профілактики і контролю внутрішньолікарняних інфекцій;
- види, способи і режими дезінфекції в лікувально-профілактичному закладі;
- цілі, завдання і принципи роботи централізованого стерилізаційного відділення;
- засоби контролю стерилізації;
- профілактику парентеральної передачі гепатиту і ВІЛ-інфекції в лікувально-профілактичному закладі;
- правила техніки безпеки під час приготування дезінфекційних засобів, правила надання першої допомоги в разі потрапляння хлорумісних розчинів на шкіру і слизові оболонки;
- вимоги до особистої гігієни і медичного одягу персоналу;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад страх перед ВІЛ-інфікуванням. Сестринські втручання;
- перелік дезінфекційних засобів, дозволених до застосування в Україні (Державний реєстр дезінфекційних засобів за 01.01.2009 р.).

Уміти:

- проводити вологе прибирання у лікувально-профілактичному закладі із застосуванням дезінфекційних розчинів;
- проводити провітрювання і кварцування приміщень лікувально-профілактичного закладу;

181

- проводити контроль санітарного стану палат, тумбочок, холодильників;
- контролювати якість перед стерилізаційного очищення;
- дезінфікувати й утилізувати використаний одноразовий медичний інструментарій;

— дотримуватись техніки безпеки при роботі з біологічними рідинами. **Володіти навичками:**

- оброблення рук до і після виконання маніпуляції;
- оброблення рук і слизових оболонок при контакті з біологічними рідинами;
- використання захисних пристосувань (маска, халат, окуляри, шапочка, фартух);
- приготування мийних і дезінфекційних розчинів різної концентрації;
- дезінфікування предметів догляду;
- виконання передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення;
- виготовлення перев'язувального матеріалу.

Внутрішньолікарняна інфекція: механізм передачі, профілактика

Інфекція (від лат. *in/eciō* — зараження) — стан зараження організму патогенними мікроорганізмами, при якому відбувається взаємодія між збудниками захворювання і макроорганізмом.

Інфекційний процес — це складний комплекс специфічних біохімічних, морфологічних та імунологічних змін, що виникають в організмі при потрапленні патогенного агента в організм.

Внутрішньолікарняна (нозокоміальна, госпітальна, шпитальна, лікарняна) інфекція (за визначенням ВООЗ) — це будь-яке клінічно визначене інфекційне захворювання, що уражує пацієнта внаслідок його перебування в стаціонарі або амбулаторного лікування, а також захворювання співробітників лікарні внаслідок їх роботи в цьому закладі незалежно від часу проявів симптомів захворювання під час або після перебування в лікарні впродовж місяця. Високий рівень спостерігають у хірургічних, урологічних відділеннях, пологових будинках. До причин швидкого поширення внутрішньолікарняної інфекції належать:

- а) порушення правил асептики та санітарно-протиепідемічного режиму;
- б) збільшення кількості недоношених новонароджених і людей старечого віку;
- в) зниження імунного бар'єра в населення, у тому числі в медичних працівників;
- г) стійкість мікрофлори до дезінфектантів та антисептиків;
- г) упровадження великої кількості лікувальних і діагностичних втручань тощо.

182

Внутрішньолікарняна інфекція — небезпека, яку не можна побачити і відчувати одразу, може бути проігнорованою. Виникає навіть унаслідок одноразового нехтування елементарними, відомими нині заходами безпеки:

- використання захисних засобів: окулярів, масок (респіраторів), рукавичок, фартухів під час роботи з дезінфекційними і стерилізувальними засобами;
- використання універсальних запобіжних заходів: рукавичок, масок, халатів, фартухів, окулярів під час роботи з біологічними рідинами пацієнтів;
- дотримання особливої ретельності, правил техніки безпеки під час роботи з біологічними рідинами пацієнтів.

Типові джерела внутрішньолікарняної інфекції

У медичних закладах типовими екзогенними джерелами внутрішньолікарняної інфекції (ВЛІ) можуть виступати:

- вироби з гуми (катетери, дренажні трубки);
- прилади, у яких використовуються вода й антисептики (дистилятори, інгалятори, іонізатори та ін.);
- апарати для штучної вентиляції легень;
- інструментарій.

Ендогенними джерелами інфекції (в організмі людини) є:

- шкіра і м'які тканини;
- сечовивідні шляхи;
- порожнини (ротова, носоглотка, піхва, кишки).

Через руки персоналу передаються: золотистий стафілокок, епідермальний стафілокок, стрептокок А, ентерокок, ешерихії, клебсієла, протей, сальмонела, синьогнійна паличка, анаеробні бактерії, гриби роду *Candida*, простий герпес, вірус поліомієліту, вірус гепатиту А (умовно-патогенна мікрофлора).

До найпоширеніших внутрішньолікарняних інфекцій відносять:

- 1) інфекції сечової системи;
- 2) гнійно-запальні інфекції;
- 3) інфекції дихальних шляхів;
- 4) бактеріємії;
- 5) інфекції шкіри та слизових оболонок.

Зараження відбувається за наявності епідемічного процесу.

1. Збудник інфекції (джерело) — бактерії, віруси, гриби, найпростіші. Резервуаром (джерелом) ВЛІ є:

- руки персоналу;
- кишки, сечова і статеві системи, носоглотка, шкіра, волосся, порожнина рота як пацієнта, так і персоналу;
- навколишнє середовище: персонал, пил, вода, продукти харчування;
- інструментарій;
- устаткування;
- лікарські засоби і т. п.

2. Шляхи і фактори передачі (табл. 12): повітряно-крапельний, повітряно-пиловий (від об'єктів навколишнього середовища), контактний — прямий,

183

непрямий, опосередкований (руки медичного персоналу, інструментарій, перев'язувальний матеріал), предметно-побутовий (через апаратуру, інструментарій, білизну), гемоконтактний (вертикальний, перинатальний — від матері до дитини), харчовий, водний, трансмісивний (через укуси комарів, комах, кліщів).

3. Сприйнятливість населення до певної інфекції: пацієнти (недоношені новонароджені, хворі після оперативних втручань, хворі, яким проводили ін-вазивні лікувальні і діагностичні процедури (ін'єкція, інтубація, катетеризація, узяття крові), пацієнти зі зниженою резистентністю (хворі на цукровий діабет, хворі, які одержують променеву терапію, імунодепресанти, "опікові" хворі, особи літнього віку, хворі, яким проведено нераціональну антибіотико-терапію), медичний персонал.

Таблиця 12. Механізми передачі внутрішньолікарняних інфекцій

Природний	Штучний (артифіціальний)
Аерогенний (повітряно-краплинний, повітряно-пиловий)	Контактний (недостатньо оброблені руки медперсоналу, використання неякісно простерилізованих або продезінфікованих приборів, апаратури, предметів догляду та інших виробів медичного призначення)
Контактний (опосередкований контакт або Через предмети ДОГЛЯДУ)	Гемоконтактний (переливання крові, використання інструментарію, приладів та апаратури, які забруднені кров'ю)
Трансмісивний (через переносника)	
Фекально-пероральний (харчовий, водний, контактнo-побутовий)	Пересадження органів і тканин (штучне запліднення від недостатньо обстежених донорів)

Місце зараження: стаціонар, поліклініка, лабораторія, донорський пункт.

Причини зараження: контакт із хворими, носієм, порушення санітарно-гігієнічного, протиепідемічного режимів, неззаражений інструментарій, фахова діяльність, аварії в лабораторії.

Первинна локалізація збудників інфекційних хвороб в організмі: травний тракт, дихальні шляхи, кров, зовнішні покриви.

Розвиток інфекції та тяжкість клінічних проявів залежать не тільки від властивостей збудника, а й від деяких чинників, що властиві організмові хазяїна: вік, наявність супутніх захворювань, генетично зумовлений імунний статус, наявність імунodefіциту, неадекватне харчування (дефіцит вітамінів, мінералів), зміна нормальної мікрофлори людини, психологічний стан. Сприйнятливість людського організму збільшується за наявності відкритих ран, інвазійних пристроїв (катетери, трахеостоми тощо), основного хронічного захворювання (цукровий діабет, імунodefіцит, лейкоз), певного терапевтичного втручання (імунopригнічувальна терапія, опромінення, антибіотикотерапія).

184

Інфекція може бути:

- 1) *екзогенною*, коли інфекційний агент потрапляє в організм з навколишнього середовища;
- 2) *ендогенною*, коли інфекційний агент первинно присутній в організмі. *Наслідки внутрішньолікарняної інфекції:*

— додаткова захворюваність;

— збільшення тривалості госпіталізації;

— довготривалі фізичні й неврологічні ускладнення, порушення розвитку;

— зростання витрат на госпіталізацію;

— загибель пацієнтів.

Класифікація предметів навколишнього середовища щодо ризику поширення ВЛІ

Низький ризик (некритичні предмети): предмети, що контактують зі шкірою, не ушкоджуючи її, і не контактують зі слизовими оболонками (тонометри, пахвові термометри, милиці, постільна білизна тощо), а також предмети навколишнього середовища, з якими безпосередньо хворі не контактують (стіни, стеля, меблі, сантехніка).

Адекватний спосіб деконтамінації — очищення або дезінфекція низького рівня (знищення вегетативних бактерій і респіраторних вірусів).

Середній ризик (напівкритичні предмети): обладнання, що контактує зі слизовими оболонками або ушкодженою шкірою (дихальне й анестезіологічне обладнання, гнучкі ендоскопи, ректальні термометри), а також предмети, забруднені (контаміновані) біологічними рідинами і виділеннями організму.

Адекватний спосіб деконтамінації — очищення з наступною дезінфекцією середнього або високого рівня (залежно від обладнання).

Високий ризик (критичні предмети): предмети, що проникають в органи, у тому числі в порожнини тіла і судини (хірургічні інструменти, голки, судинні катетери, сечові катетери та ін.).

Адекватний спосіб деконтамінації — дезінфекція, очищення з наступною стерилізацією.

Профілактика внутрішньолікарняного зараження в стаціонарі включає широке коло профілактичних заходів.

I. Санітарно-гігієнічні заходи:

- 1) режим провітрювання: вентиляція, кондиціонери, переносні повітро-очищувачі, роздільні вентиляційні канали;
- 2) прибирання: регулярність, використання дезінфектантів, дезінфекція збирального інвентарю;
- 3) дезінфекція постільної білизни: дезінфекційна камера;
- 4) разові комплекти.

II. Розміщення хворих:

- 1) дотримання санітарних норм устаткування боксів;
- 2) устаткування ізоляторів для хворих з ВЛІ-інфекцією;
- 3) ізоляція хворих з ускладненнями;

185

4) пологовий будинок: мати і дитина.

III. Рациональна терапія:

- 1) раціональна антибіотикотерапія;
- 2) обґрунтованість.

IV. Протиепідемічний режим:

- 1) знезаражування інструментарію: централізовані стерилізаційні відділення;
- 2) безпечне харчування: контроль харчоблоку, пункту роздачі; раціональне зберігання продуктів;
- 3) контроль здоров'я персоналу (Наказ МОЗ України № 280 від 23.07.02 р. "Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб") і хворих.

Загальні заходи безпеки медичної сестри на робочому місці

Медична сестра зобов'язана:

- 1) дотримувати техніки миття рук;
- 2) надягати рукавички при контакті з біологічними рідинами, зокрема з кров'ю;
- 3) мити руки відразу після зняття рукавичок;
- 4) негайно збирати пролитий або розсипаний інфікований матеріал;
- 5) дезінфікувати використаний інструментарій, предмети догляду, устаткування і перев'язувальний матеріал одразу після використання відповідно до нормативної документації, що регламентує способи, режими і засоби дезінфекції.

Схема проведення дезінфекції при внутрішньолікарняних інфекціях

1. Пацієнта тимчасово ізолюють, переводять в інфекційне відділення або в ізолятор (залежно від виду інфекційного захворювання).
2. Готують дезінфекційні розчини потрібної концентрації, дозволені до застосування МОЗ України.
3. Готують промаркований збиральний інвентар.
4. Знезаражують залишки їжі, посуд.
5. Укладають у клейончастий мішок речі для камерної дезінфекції.
6. Меблі відсувають від стін, проводять заключну дезінфекцію методом зрошення (при гострозаразній інфекції) або дворазовим протиранням з експозицією 30—45 хв (при гнійно-септичній інфекції).
7. Зрошують опалювальні батареї, плінтуси, стіни, вікна; двері, що покриті олійною фарбою, протирають чистим ганчір'ям, змоченим у дезінфекційному розчині.
8. Сміття збирають до виходу, складають у відро і спалюють або знезаражують.
9. Після оброблення стін і предметів обстановки проводять повторне рясне зрошення підлоги дезінфекційним розчином (знезаражування різних об'єктів

186

здійснюють із використанням дезінфекційних, мийних, очищувальних засобів відповідних концентрацій для певної інфекції).

10. Укладають у клейончастий мішок спецодяг для камерної дезінфекції.

Дезінфекція (від. франц. *yeſ* — заперечення; лат. *in/ecio* — інфекція) — це знищення в середовищі, яке оточує людину, патогенних мікроорганізмів (бактерій, вірусів, рикетсій, найпростіших, грибів, токсинів), їхніх переносників (комах, кліщів, гризунів та ін.).

Мета — знищити збудника інфекції в середовищі, що оточує людину, на об'єктах устаткування і медичного інструментарію в лікувальному закладі.

Дезінфекцію поділяють на: 1) власне дезінфекцію; 2) дезінсекцію; 3) дератизацію; 4) стерилізацію.

Дезінсекція — комплекс науково обґрунтованих заходів і способів боротьби із членистоногими, що є переносниками інфекційних хвороб. Може бути профілактичною (створення умов, які стримують їх розмноження) і винищувальною.

Дератизація — це комплекс заходів, спрямованих на знищення гризунів, які є джерелами або переносниками інфекційних хвороб.

Рівні дезінфекції

Залежно від ступеня антимікробної активності розрізняють **три рівні** дезінфекції.

1. Дезінфекція високого рівня.

Знищення вегетативних бактерій, мікобактерій туберкульозу, грибів, ліпідних і не ліпідних вірусів. Неефективна відносно великої кількості бактеріальних спор.

2. Дезінфекція середнього рівня.

Знищення вегетативних бактерій, більшості грибів, мікобактерій туберкульозу і більшості вірусів. Неефективна відносно бактеріальних спор.

3. Дезінфекція низького рівня.

Знищення вегетативних бактерій, деяких грибів, деяких вірусів. Неефективна відносно таких стійких бактерій, як мікобактерії туберкульозу, а також бактеріальні спори.

Ефективність дезінфекції залежить від:

- стійкості мікроорганізмів до впливу фізичних і хімічних факторів (най-стійкіші види — спори бацил, цвільові гриби, мікобактерії туберкульозу);
- масивності мікробного обсіменіння;
- наявності на об'єктах (кров, фекалії, мокротиння і т. п.) органічних речовин, які можуть нейтралізувати дію хімічного агента;
- особливостей оброблюваних об'єктів за якістю (фактурі) матеріалів, конструкцією та ін.;
- концентрації діючої речовини;
- часу впливу;
- способу оброблення (протирання, зрошення, занурення). Розрізняють два види дезінфекції: 1) профілактичну; 2) осередкову (вогнищеву) — мал. 4.

187

Профілактичну дезінфекцію проводять постійно, незалежно від наявності джерела інфекційного захворювання. Мета — запобігання виникненню і поширенню інфекційного захворювання та накопиченню збудника захворювання в навколишньому середовищі.

Осередкову дезінфекцію, залежно від того, на якому етапі передачі збудника інфекції її проводять, поділяють на поточну та заключну.

Поточну дезінфекцію проводять в осередку інфекції в присутності хворого чи бацилоносія.

Мета — запобігання розсіюванню збудника в навколишньому середовищі шляхом негайного знищення збудника інфекції після його виведення з організму хворого чи носія.

Заклучну дезінфекцію виконують одноразово в осередку інфекції після ізоляції, переведення, смерті хворого чи бацилоносія. Мета — повне знезараження об'єктів, які могли бути заражені збудником інфекції. Проводять в осередках тих інфекцій, збудники яких стійкі в навколишньому середовищі. До них належать: чума, холера, поворотний тиф, черевний тиф, сальмонельоз, дизентерія, гастроентерит, коліт, інфекційний гепатит А і вірусний гепатит, поліомієліт, туберкульоз, дифтерія, менінгококова інфекція, грибкові захворювання, глистяні інвазії та ін. Заклучну дезінфекцію виконують дезінфекційні бригади санепідемстанції.

Для проведення дезінфекції необхідно знати:

- 1) що підлягає знезараженню;

188

- 2) коли слід провести дезінфекцію;

- 3) чим слід провести дезінфекцію;

- 4) як здійснити дезінфекцію.

Методи дезінфекції: механічний, фізичний, хімічний і комбінований. *Механічні методи дезінфекції* До них належать:

- вологе прибирання приміщень і меблів;
- вибивання одягу, постільної білизни і постільного приладдя;
- звільнення приміщень від пилу за допомогою пирососа, побілка і фарбування приміщень;
- миття рук.

Чищення, вологе прибирання, прання, провітрювання, витрушування, вентиляція, фільтрація — застосовуючи ці заходи, можна звільнити багато речей і поверхонь від пилу і бруду, а отже, від значної кількості мікроорганізмів. Побутовий пиросос разом із пилом видаляє до 98 % мікроорганізмів.

При провітрюванні помешкань протягом 15 хв кількість мікроорганізмів у повітрі різко зменшується, а через 30 хв — майже зникають. Промисловість випускає спеціальне вентиляційне обладнання, що широко застосовується в лікувально-профілактичних закладах. Провітрювання має велике значення для профілактики грипу, кору, вітряної віспи, краснухи й інших інфекційних хвороб, збудники яких передаються повітряно-крапельним шляхом і нестійкі в повітрі. Для зменшення бактерійного забруднення повітря чи води можна використовувати ще й фільтрування.

Фізичні (термічні) методи дезінфекції

До фізичних методів дезінфекції належать:

- використання сонячних променів;
- опромінення ультрафіолетовими променями для знезаражування повітря і поверхонь у приміщеннях;
- прасування речей гарячою праскою, випалювання, прожарювання;
- спалювання сміття і предметів, що не мають цінності;
- оброблення окропом або нагрівання до кипіння;
- пастеризація;
- тиндалізація (дробна пастеризація протягом шести-семи днів за температури 1—60 °С, експозиція — 1 год);
- кип'ятіння;
- повітряний метод дезінфекції;
- паровий метод дезінфекції.

Фізичний метод — найнадійніший і нешкідливий для персоналу. За наявності відповідних умов (устаткування, номенклатура виробів) слід віддати перевагу цьому методу.

Термічні і променеві засоби — це використання високої або низької температури, висушування, ультразвук, струмів ультрависокої частоти, а також надвисокочастотного, радіоактивного й ультрафіолетового опромінення, що справляє бактерицидну дію.

189

Гаряче повітря або *сухий жар* використовують при дезінфекції виробів зі скла, металів, гуми, латексу, термостійких полімерних металів, не забруднених органічними речовинами, у повітряних стерилізаторах та інших апаратах (без упакування, у сухожаровій шафі за температури 1—120 °С, експозиція — 45 хв із моменту досягнення заданої температури).

Гаряче повітря використовують також у повітряних камерах для дезінсекції одягу, матраців, подушок, ковдр або інших речей. Прасування білизни, одягу також сприяє знезараженню.

Кип'ятіння застосовують для дезінфекції виробів зі скла, металу, стійких полімерних матеріалів, гуми. Перед кип'ятінням вироби очищають від органічних забруднень в окремій ємності, промивають із дотриманням заходів протиепідемічного захисту, промивні води дезінфікують і виливають у каналізацію. При кип'ятінні виробів із полімерних матеріалів їх слід попередньо загорнути в марлю. Методом кип'ятіння знезаражують посуд, предмети догляду за хворими, білизну, іграшки. Для дезінфекції виробів цим методом використовують дистильовану воду. Час кип'ятіння — 30 хв з моменту закипання. Знезаражувана дія кип'ятіння посилюється в разі додавання у воду харчової соди — час кип'ятіння скорочується

до 15 хв. Слід зазначити, що всі вироби мають бути занурені у воду. Кип'ятіння проводять у спеціальних кип'ятильниках або в закритому емальованому посуді.

Паровий метод дезінфекції застосовують, якщо вироби не потрібно попередньо очищувати. Дезінфекційний агент: водяна пара під надмірним тиском 0,5 атм. Режим дезінфекції: температура — 110 °С, експозиція — 20 хв, у стерилізаційних коробках — біксах і дезкамерах, автоклаві. Застосовується дуже рідко. *Водяну пару* використовують у дезінфекційних камерах для знезаражування одягу, постільної білизни та інших м'яких речей.

Випалювання і прожарювання за допомогою спиртівки, газового пальника чи паяльної лампи застосовують для дезінфекції лабораторних петель, голок, ватних корків, пробірок тощо.

Спалювання. У спеціальних печах, ямах або на багаттях спалюють сміття, ганчір'я, залишки їжі, трупи тварин тощо.

Пастеризація — це прогрівання харчових продуктів до температури 70—80 °С протягом 30 хв, що призводить до загибелі вегетативних форм мікроорганізмів, але не знищує їхні спори.

Тиндалізація (повторна, дробна пастеризація) — прогрівання білкового матеріалу за температури 56—58 °С протягом 1 год щодня впродовж 5—6 днів. У такий спосіб вдається знищити спори, які проростають.

Холод. Штучне заморожування патогенних збудників не призводить до їх повної загибелі.

Однак за низької температури знижується кількість мікроорганізмів, а також сповільнюється їхня життєдіяльність. Тому цей метод оброблення використовують у харчовій промисловості для консервування.

Висушування. Іноді можуть застосовувати саме такий спосіб дезінфекції, оскільки деякі патогенні мікроорганізми під впливом тривалого висушування гинуть.

190

Ультрафіолетові промені використовують для зниження бактерійного забруднення повітря і поверхонь. Ультрафіолетові промені одержують за допомогою спеціальних бактерицидних ламп, які широко застосовують у ма-ніпуляційних кабінетах, операційних блоках, палатах та інших приміщеннях лікарень і поліклінік.

Хімічні методи дезінфекції ґрунтуються на використанні хімічних речовин або їх поєднанні з мийними засобами.

Найширше в ЛПЗ застосовують хімічний метод дезінфекції способом повного занурення.

Для знезаражування виробів і їхніх частин, з якими не контактує пацієнт, використовують метод дворазового протирання серветкою з бязі, марлі, змоченої в дезінфекційному розчині.

Не можна використовувати для протирання засоби дезінфекції: сайдекс, формалін, глутарал, біанол, дезоксон-1 та ін., тому що вони справляють побічну токсичну дію на організм людини. У ЛПЗ застосовують лише ті дезінфекційні засоби, які дозволено державним реєстром МОЗ України і зі "Свідоцтвом про державну реєстрацію", методичними вказівками із застосування (на їм² — 200—250 мл робочого розчину).

До *хімічних методів дезінфекції* належать:

- зрошення;
- протирання;
- повне занурення;
- розпилення.

Вимоги, які висуваються до хімічних дезінфектантів:

- висока розчинність у воді або утворення емульсії;
- ефективність у мінімальних концентраціях і здатність швидко знищувати мікроорганізми;
- забезпечення знезаражувальної дії навіть за наявності органічних речовин;
- стійкість при зберіганні;
- нетоксичність для людей.

Ефективність дезінфекції залежить від таких чинників: концентрації активної речовини, її кількості, особливостей об'єктів знезаражування, засобів оброблення і часу впливу (витримки). Зокрема наявність у середовищі органічних речовин (крові, слизу, мокротиння)

затримує процес загибелі мікроорганізмів; підвищення температури розчину посилює бактерицидний ефект.

Найчастіше вдаються до вологого методу дезінфекції з використанням дезінфекційних розчинів або аерозолів. Шляхом занурення в розчини обробляють білизну, посуд, іграшки; зрошення — стіни, меблі; протирання — картини, поліровані речі. Аерозолі застосовують насамперед для знезаражування повітря і поверхонь.

Комбіновані методи дезінфекції

Комбіновані методи дезінфекції здійснюють у спеціальних дезінфекційних камерах.

191

Пароповітряний: зволеним повітрям за температури ПО °С, тиск у 0,5 атм., експозиції 20 хв.

Пароформаліновий: у режимі 0,5 атм. за температури 90 °С, експозиції 30 хв.

Сутність камерної дезінфекції полягає в прогріванні вмісту камер гарячим повітрям (паром) до певної температури за надмірного тиску, а за необхідності посилити вплив пари — у додатковому введенні в камеру формальдегіду (формаліну).

У дезінфекційній практиці використовують різні хімічні сполуки. Тривалий час домінують хлоровмісні препарати: хлорне вапно, хлорамін, гіпохлорити; пероксидні сполуки: перекис водню, розчини фенолу, формальдегіду.

У країнах Західної Європи для дезінфекції використовують комплексні препарати, наприклад на основі четвертинних амонієвих сполук, альдегідів, спиртів тощо; хлоровмісні засоби посідають незначне місце.

Хлоровмісні засоби. Хлорне вапно. Діюча речовина — активний хлор. Випускають трьох видів з різним умістом активного хлору — 35, 32% і 26 % відповідно. Хлорне вапно, яке містить менше ніж 15 % активного хлору, для дезінфекції непридатне. Активним хлором називають ту його кількість, яку можуть витіснити з хлорного вапна розведені хлоридна чи сульфатна кислоти. Використовують для дезінфекції при кишкових інфекціях та інфекціях дихальних шляхів. Володіє вірулецидними, бактерицидними, спороцидними та фунгіцидними властивостями.

Сухе хлорне вапно застосовують для знезаражування рідких виділень хворого (мокротиння, блювотні маси, сеча, рідкий кал) і дезінфекції місць виплоду мух. Для приготування робочих розчинів використовують освітлений 10 % (маточний) розчин хлорного вапна. Застосовують переважно для дезінфекції лікувально-профілактичних і житлових приміщень при кишкових інфекціях та інфекціях дихальних шляхів бактерійної та вірусної етіології. Слід зазначити, що хлорне вапно має стійкий неприємний запах, подразнює слизові оболонки очей і дихальних шляхів, знебарвлює тканини, призводить до корозії металу.

Інфіковані виділення хворих (мокротиння, фекалії, сеча тощо) засипають сухим хлорним вапном і перемішують 60 хв при нормі витрат 200 г/кг.

Хлораміни (хлорамін Б, хлорамін ХБ) містять 25—29 % розчин активного хлору. Діють бактерицидно, вірулецидно і фунгіцидно. На спори бактерій впливають лише активовані 1—4 % розчини хлорамінів. Активування досягають шляхом додавання до розчинів аміаку (у співвідношенні 1:1—1:2). Активовані розчини готують безпосередньо перед їх використанням. Активування хлораміну або хлорного вапна дає змогу знизити концентрацію препаратів у 2—10 разів, експозицію — у 3—4 рази, а витрати препарату — у 2—10 разів. Для знезаражування білизни, посуду, іграшок, предметів, приміщень, меблів використовують 0,2—3 % розчин хлораміну. У високих концентраціях (5—10 %) застосовують для знищення збудників туберкульозу, мікозу і спорових форм.

Хлорантоїн — багатокомпонентний дезінфектант III покоління з мийним ефектом. Має бактерицидну, вірулецидну і фунгіцидну активність. За дезін-

192

фекційною активністю у 5—10 разів переважає хлорне вапно і хлорамін. Використовують для знезаражування виробів медичного і санітарно-технічного призначення, білизни, посуду; для поточної і заключної дезінфекції в лікувально-профілактичних закладах, будинках відпочинку, санаторіях, школах, гуртожитках, на вокзалах, підприємствах громадського харчування, в осередках кишкових інфекцій та інфекцій дихальних шляхів — у концентрації 0,1—0,2 %, в осередках дерматомікозу і туберкульозу — у концентрації 1—3 % (табл. 13).

Таблиця 13. Приготування робочих розчинів із використанням інших сухих дезінфекційних засобів

Концентрація розчину, %	Кількість деззасобу, г	Кількість води, л
0,2	2	Доі
0,5	5	Доі
1	10	Доі
3	30	Доі
5	50	Доі

Примітка. 1. Робочі дезінфекційні розчини можна використовувати протягом доби, але в разі явного забруднення дезінфекційного розчину біоматеріалом його замінюють свіжоприготовленим.

2. Перед використанням невідомого дезінфекційного засобу уважно прочитайте інструкцію заводу-виробника.

3. Метод і режим дезінфекції (концентрація і експозиція) мають здійснюватися згідно з інструкцією залежно від об'єкта дезінфекції і профілю лікувального закладу відповідно до нормативних наказів МОЗ України з питань санітарно-протиепідемічного режиму.

4. Дезінфекційні розчини необхідно тримати у щільно закритому посуді бажано в окремих (від робочих місць) приміщеннях.

Четвертинні амонієві з'єднання (ЧАЗ) і їхні аналоги є катіонактивними поверхнево-активними речовинами. Використовують для дезінфекції стін, підлоги, меблів. У сполученні з іншими дезінфектантами використовують для дезінфекції інструментів і антисептичного оброблення шкіри.

Похідні фену. Найчастіше змішують з милом або з мийними засобами, щоб розчинити у воді. Застосовують: *фенол* (3—5—8 % розчин у 10 % розчині калійного мила для дезінфекції приміщень, меблів, білизни, іграшок, ванн, вбиралень, відділень); *мильно-фенолову суміш* (3—5 % розчин фенолу і 2 % розчин мила); *1-хлор-бета-нафтол* (33 % паста). Останньому препарату притаманна вибіркова дія на туберкульозну паличку, тому і застосовують його здебільшого у вигляді 0,5—4 % розчинів у лікувальних закладах протитуберкульозного профілю та в сімейних осередках.

Альдегіди. *Формальдегід* (альдегід мурашиної кислоти) використовують у вигляді 40 % розчину у воді, який називають формаліном. Його застосовують як дезодоруючий та дезінфекційний засіб, у пароформалінових камерах. *Глу-таровий альдегід* характеризується вираженою спороцидною активністю, його

193

застосовують під час стерилізації виробів медичного призначення, в основному з термолабільних матеріалів (дезінфекція високого рівня — ендоскопи, дихальна апаратура, наркозне устаткування), інструментарію.

Окисники. Найчастіше застосовують у хірургічній практиці: *перекис водню* — 3—6 % у 0,5 % розчині мийних засобів; *надоцтова кислота* та створений на її основі *дезоксон-1* мають сильні бактерицидні, вірулецидні, фунгіцидні властивості, використовують для профілактичної й осередкової дезінфекції; *надмура-шину кислоту* та *"Первомур" ("С-4")* — для знезараження рук та операційного інструментарію.

Луги (їдкий натр, ідке калі, негашене вапно, каустична та кальцинована сода, суміш лугів з різними домішками, ДЕМП). Застосовують у ветеринарній практиці.

Спирти (етиловий, пропіловий та ізопропіловий). Використовують для знезараження рук хірургів та консервації біологічних об'єктів. Найсильнішу бактерицидну дію має 70 % спирт як шкірний антисептик (самостійно або в суміші з хлоргексидином). Пропіленгліколь і

триетиленгліколь рекомендовано для дезінфекції повітря, адже вони згубно діють на бактерії і є безпечними для людей.

Через те що в лікувальні заклади приймають хворих, вагітних і породілей, не обстежених щодо СНІДу, вірусного гепатиту, кожного з них розглядають як потенційного носія вірусу. Саме тому весь інструментарій, предмети догляду, довкілля під час їх знезаражування розмежовують на дві групи:

I група — без біологічних забруднень (кров, слиз, молоко, блювотні маси, вагінальні виділення тощо);

II група — з наявністю біологічних забруднень.

Інструментарій *без біологічних забруднень* можна дезінфікувати, повністю зануривши його, або протерти двічі ганчіркою, змоченою дезінфекційним розчином, з інтервалом 15 хв, або зросити деззасобом з терміном дії 60 хв.

Для цього інструментарію застосовуються такі концентрації дезінфекційних розчинів:

- 1 % розчин хлораміну — повне занурення на 30 хв;
- 0,25 % розчин натрію гіпохлориду — повне занурення на 30 хв;
- 0,5 % розчин кальцію гіпохлориду — повне занурення на 30 хв;
- 0,2 % розчин сульфохлорантоїну — повне занурення на 30 хв.

Режим дезінфекції інструментарію та предметів догляду *з біологічним забрудненням* дещо інший. При забрудненні розчину кров'ю його знезаражувальні властивості зменшуються, тому всі інструменти насамперед необхідно очистити від біологічних забруднень — промити в дезінфекційному розчині. При дезінфекції виробів, що мають внутрішні канали, порожнини, дезрозчини в кількості 5—10 мл пропускають через канал для усунення залишків крові, сироватки чи інших біологічних рідин відразу ж після їх використання. Після цього вироби повністю занурюють у розчин на необхідний час в іншій ємності.

Дезінфекційні розчини із залишками біологічних речовин зливають в окрему ємність і лише після відповідної експозиції виливають.

194

Якщо вироби виготовлені з корозійнонестійких металів і не витримують контакту з дезрозчинами, їх слід промити в ємності з водою. Промивні води знезаражують шляхом кип'ятіння протягом 30 хв або засипають сухим хлорним вапном або хлораміном для досягнення 3 % концентрації. Інструментарій дезінфікують в окремій ємності.

Для дезінфекції можуть бути використані такі розчини:

- 6 % розчин перекису водню — термін знезараження 60 хв;
- 3 % розчин хлораміну — термін знезараження 60 хв;
- 0,5 % активований розчин хлораміну — термін знезараження 60 хв;
- 3 % освітлений розчин хлорного вапна — термін знезараження 60 хв. Увесь

інструментарій дезінфікують у розібраному вигляді. Відходи крові (згустки, сироватка), сечу, блювотні маси, ексудат й інші біологічні рідини для знезараження виливають у ємності із кришками, засипають сухим хлорним вапном у співвідношенні 1:5 (200 г сухого деззасобу на 1 л рідини), перемішують і витримують 1 год, після чого виливають; перев'язувальний матеріал, забруднений кров'ю і гнійними виділеннями, повністю заливають дезінфекційним розчином, витримують термін знезараження, після чого викидають. Знезараженню підлягають усі біологічні відходи (плацента, видалені частини органів тощо).

Білизну, забруднену кров'ю, занурюють у дезінфекційний розчин (3 % розчин хлораміну, 0,5 % розчин сульфохлорантоїну) з розрахунку 5 л розчину на 1 кг сухої білизни терміном 2 год. Після цього прополіскують у воді і перуть.

Для знезараження стін, підлоги в приміщеннях, де є можливість забруднення кров'ю й іншими біологічними рідинами (операційна, пологовий зал та ін.), їх зрошують дезінфекційним розчином, витримують час знезараження і лише після цього прибирають.

Вологе прибирання приміщень

Приміщення відділень прибирають двічі або тричі на день, переважно вранці, удень і ввечері, залежно від забруднення палат і відділення в цілому. Вологе прибирання приміщень здійснюють молодші медичні сестри.

Для санітарного оброблення і прибирання приміщень у відділенні має бути відповідний інвентар: мило, посуд для окремого зберігання чистих і використаних ганчірок з маркуванням "для чистого" і "для використаного", відра, швабри, ганчірки, щітки; різні розчини. Інвентар для здійснення дезінфекційних заходів має зберігатися у спеціальному приміщенні, бути промаркованим окремо для кожного приміщення ("Палати", "Маніпуляційна", "Коридор", "Санвузол", "Ідальня" та ін.). Миття підлоги проводиться методом "двох відер" — одне відро для дезінфекційного розчину, друге — для чистої води. Перед вологим прибиранням молодша медична сестра надягає гумові рукавички. Для проведення вологого прибирання та дезінфекції предметів медичного призначення, приміщень у лікувально-профілактичних закладах використовують дезінфекційні засоби (табл. 14). Найбільше значення мають хлоров-

195

місні сполуки (хлорамін). Їхні антимікробні властивості зумовлені впливом хлорноватистої кислоти, що виділяється під час розчинення хлору або його сполук у воді.

Таблиця 14. Найпоширеніші дезінфекційні розчини

Назва розчину	Концентрація, %	Кількість дезінфекційної речовини	Об'єм води, мл
Хлорамін Б	0,5	5г	До 1000
	1	10 г	990
	3	30 г	970
	5	50 г	950
Лізетол	4	40 мл	960
	5	50 мл	950
Лізоформін-3000	1,5	15 мл	985
	2	20 мл	980
Дезоформ	1	10 мл	990
	3	30мл	970
	5	50 мл	950
Пресепт	0,056	10 таблеток по 0,5 г	До 1000
Баланізол	0,25	2,5 мл	997,5
	0,5	5 мл	995
	1	10 мл	990

ПРИБИРАННЯ ПАЛАТ

- Палати прибирають не менше двох разів на день — уранці та ввечері із застосуванням дезрозчинів, маркованого інвентарю (відро, швабра, ганчірка для миття підлоги).
- Вологе прибирання (із застосуванням мийних засобів) палат відділень хірургічного профілю комунальний заклад охорони здоров'я (КЗОЗ) проводить не менше двох разів на добу, один раз із застосуванням дезінфекційних засобів. Замість кварцювання палат проводять їх провітрювання (п. 12.23 Інструкції Наказу МОЗ України № 236 від 04.04_1201_2 Р^—ШРО організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів").
- Прибирання палат починають із протирання підвіконня, батарей, панелей, меблів, дверей. Спеціальним засобом для чищення чистять умивальники. Після цього миють підлогу.
- Після вологого прибирання в палатах проводять знезаражування повітря протягом 30 хв кварцовою лампою. При цьому хворі, якщо можуть, виходять із палати в коридор або в кімнату для відпочинку, а тяжкохворим закривають обличчя серветкою чи рушником, щоб вони не отримали опіків рогівки.
- Один раз на 10 днів здійснюють генеральне прибирання палат. По можливості хворих переводять в інші палати або на кілька годин у коридор. При

цьому ретельно протирають стелю, плафони, стіни, вікна, двері від пилу. Тумбочки і холодильники звільняють від продуктів і ретельно миють. Після прибирання палату провітрюють і проводять знезараження повітря протягом 30 хв кварцовою лампою.

- Після прибирання використаний інвентар дезінфікують 1 % розчином хлораміну або 0,25 % розчином лізоформіну протягом 60 хв. Ганчірку прополіскують водою і висушують. Швабру двічі протирають дезінфекційним розчином.
- У палаті, де лежать хворі з гнійними інфекціями, прибирають, використовуючи 1 % розчин хлораміну або 0,25 % розчин лізоформіну.

Вологе прибирання *коридорів, холів* проводять двічі на день — після нічного відпочинку та перед сном. Під час вологого прибирання хворі виходять із палати, окрім тяжкохворих. Приміщення добре провітрюють. Перед вологим прибиранням приміщення підмітають; меблі, підвіконня, радіатори опалення протирають вологою ганчіркою; звертають увагу на санітарний стан приліж-кових тумбочок. Для прибирання застосовують 0,25 % розчин лізоформіну або 0,5 % розчин хлораміну.

їдальню і буфетну прибирають після кожного споживання їжі. Залишки харчових продуктів збирають у бачки з кришками і вчасно виносять. Посуд миють із застосуванням натрію гідрокарбонату (для знежирення), двічі змінюючи воду; потім дезінфікують у 0,5 % розчині хлораміну або 0,05 % розчині дезоксону і споліскують чистою гарячою водою.

Ванни, раковини, унітази, підлогу в цих місцях обов'язково миють кілька разів на день у міру їх забруднення. Ванни миють після кожного хворого спочатку теплим розчином мила, а потім із застосуванням дезінфекційного розчину (табл. 15).

Генеральне прибирання проводять не рідше одного разу на тиждень.

Таблиця 15. Дезінфекція предметів медичного призначення і приміщень у лікувально-профілактичних закладах

Назва предмета	Дія (спосіб оброблення)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація,	Експозиція, хв
Гумові рукавички	Занурення	Хлорамін	3	60
Використані ватні кульки	Занурення	Хлорамін	3	60
Шприци, голки, пінцети, затискачі, зонди, катетери, системи для інфузійної терапії	Занурення в один із розчинів, потім кип'ятіння	Хлорамін	3,5	60

197

Продовження табл. 15

Назва предмета	Дія (спосіб оброблення)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
		При туберкульозі — водню пероксид	6	60
		Пресепт	0,056	90
		Лізоформін 3000	5	5
			1,5	30
			2	15

		Дезодорм	1	60
			3	30
			5	10
		Спиртовий розчин хлоргексидину	0,5	15
		Водний розчин хлоргексидину	0,5	30
		Етиловий спирт	70	30
		Натрію гідрокарбонат	2	15
Поточна дезінфекція	Вологе прибирання, дворазове протирання	Хлорамін	1	60
		Водню пероксид	3+0,5	60
		Лізоформін 3000	1,5	60
Ганчір'я	Занурення в розчин	Хлорамін	1	60
		Лізоформін-спеціальний	2	240
		Натрію гідрокарбонат		15
	Кип'ятіння	Дистильована вода		30
Повітря в приміщеннях	Кварцування, провітрювання		4 рази на день	15—20
Генеральне прибирання процедурного кабінету — стіни, підлога, обладнання	1 раз на тиждень	Хлорамін	5	
		Водню пероксид	6+0,5	
		Синтетичні мийні засоби		
Інвентар для прибирання	Занурення	Хлорамін	1	60
		Лізоформін	0,25	60

198

Продовження табл. 15

Назва предмета	Дія (спосіб оброблення)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
Приміщення, санвузли (інфекції вірусної етіології, у тому числі гепатит В, ВІЛ, кандидози); бактеріальної етіології (окрім туберкульозу)	Протирання одноразове	Лізоформін 3000	1,5	
Приміщення (підлога, стіни)	Протирання	Лізоформін 3000	1,5	
Сантехніка	Протирання	Лізоформін 3000	1,5	
Шпателі (пластикові, металеві)	Занурення	Водню пероксид	3	80
	Кип'ятіння	Натрію гідрокарбонат	2	15
Термометри медичні	Занурення	Хлорамін	0,5	30
		Водню пероксид	3	80

Наконечники для клізм	Занурення	Хлорамін Водню пероксид	1 3	30 45
Машинки для підстригання	Занурення	Етиловий спирт Водню пероксид	70 3	15 30
Ножиці для обрізання нігтів	Протирання	Квікдез		
Клейонки, кушетки, фартухи	Дворазове протирання з інтервалом 15 хв	Хлорамін Водню пероксид	1 3	
Гумові грілки, міхури для льоду	Дворазове протирання з інтервалом 15 хв	Хлорамін Неохлор Дезфект	1	
Підкладні судна, сечоприймачі	Занурення	Хлорамін Дезфект Лізоформін	1	60
Постільне приладдя (матрац, подушка, ковдра)	Знезараження в пароформалінових камерах	-		

199

Закінчення табл. 15

Назва предмета	Дія (спосіб оброблення)	Метод дезінфекції (назва розчину)	Концентрація, %	Експозиція, хв
Посуд осіб із підозрою на СНІД	Занурення	Хлорамін Дезоксон Водню пероксид Лізоформін-спеціальний Максисан Неохлор	0,5 0,05 3 2	30 30 120 120
Предметні стекла, піпетки, флакони, забруднені кров'ю	Занурення	Максисан Неохлор Лізоформін Водню пероксид	3	120
Білизна пацієнтів із підозрою на СНІД	Занурення	Хлорамін	3	120

Згідно з чинними нормативними документами, дезінфекційні розчини для знезаражування інструментарію, предметів догляду тощо використовують *одноразово*. **Дезінфекційні розчини виготовляють:**

- а) безпосередньо перед використанням. При цьому на робочому місці мають бути деззасіб та мірна ємність для правильного приготування дезрозчину. Ємність, у якій проводять дезінфекцію виробів медичного призначення, має бути промаркована — вказують назву дезінфекційного розчину, його концентрацію, роблять помітку "виготовляється щоденно";
- б) дезрозчин готують дезінфектори у великій кількості, за умови правильного зберігання його можна використовувати 7—10 днів (дезрозчини мають зберігатись у темному закритому посуді). При такому варіанті або під час вибору того чи іншого дезінфекційного засобу слід звертати увагу, на який вид мікроорганізмів він діє, і вибирати найоптимальніший серед них, його концентрацію, час знезаражування.

Після застосування дезінфекційних розчинів усі вироби медичного призначення ретельно промивають під проточною водою до повного зникнення запаху дезрозчину.
Дезінфекції жорстких і гнучких ендоскопів розчинами засобу "Сайдекс ОПА"

Сайдекс ОПА (табл. 16) — дезінфекційний засіб виробництва компанії "Джонсон і Джонсон Медікал Лтд" (Великобританія).

Сайдекс ОПА має широкий спектр антимікробної дії: справляє бактерицидну (у тому числі і туберкулоцидні), віруліцидну (включаючи парентеральні вірусні гепатити і ВІЛ-інфекцію), фунгіцидну і спороцидну дію.

200

Сайдекс ОПА призначений для дезінфекції виробів медичного призначення, виготовлених із різних матеріалів (включаючи хірургічні і стоматологічні інструменти, жорсткі і гнучкі ендоскопи та інструменти до них). Цей препарат рекомендують відомі виробники медичних інструментів, обладнання і апаратури (у тому числі і компанія "Олімпус").

Дезінфектант належить до групи малонебезпечних речовин (IV—VI клас небезпеки).

Препарат готовий до застосування.

Робочі розчини Сайдексу використовують для багаторазової дезінфекції протягом 14 діб, при цьому вміст активно діючої речовини не повинен бути меншим ніж 0,3 % — мінімальна ефективна концентрація (МЕК). З метою об'єктивного лабораторного експрес-контролю вмісту активно діючої речовини (визначення МЕК) застосовують індикаторні тест-смужки. Сайдекс **ОПА** рекомендують як для ручного способу оброблення інструментів, так і для механізованого, у спеціальних установках.

Термін придатності Сайдекс ОПА і тест-смужок — 2 роки в оригінальній упаковці.

Таблиця 16. Режим дезінфекції виробів медичного призначення, включаючи жорсткі і гнучкі ендоскопи, розчинами засобу "Сайдекс ОПА"

Об'єкти застосування	Вид оброблення і показання до застосування	Температура засобу, °С	Час знезараження, хв
Вироби медичного призначення із металів, пластмаси, гум на основі натурального і силіконового каучуку, скла (включаючи хірургічні і стоматологічні інструменти)	Дезінфекція при інфекціях вірусної (включаючи парентеральні вірусні гепатити і ВІЛ) і бактеріальної (крім туберкульозу) етіології і кандидозах Дезінфекція при туберкульозі і дерматомікозах	21+1 21±1	5 12
Жорсткі і гнучкі ендоскопи та інструменти до них	Дезінфекція високого рівня	21±1	5

Види контролю придатності дезінфекційних засобів

1. Візуальний контроль проводить співробітник (лаборант, лікар) дезстанції.
2. Бактеріологічний контроль здійснює лаборант дезстанції (узяття змивів в об'ємі 1 % від кількості медичного інструментарію і т. п.).
3. Хімічний контроль, при якому відбирають проби сухої речовини і дезінфекційних розчинів і доставляють у дезлабораторію, де визначають у пробах

201

вміст активного хлору і роблять висновок про правильність приготування розчинів (контроль доставки проб здійснює старша медична сестра відділення).

Експрес-контроль вмісту діючих речовин у робочих розчинах дезінфекційних засобів

Епідеміологічна обстановка у зв'язку з появою нових і поверненням "старих" інфекцій, формуванням полірезистентних штамів збудників хвороб вимагає підвищеної уваги до профілактики інфекційних захворювань і підвищення вимог до якості процесів дезінфекції і стерилізації, проведених у лікувальних закладах, у тому числі — до контролю концентрацій робочих розчинів дезінфекційних засобів.

Найперспективнішим методом експрес-контролю є розроблення індикаторних смужок і наборів хімічних реактивів. У зв'язку з тим що робота з наборами хімічних реактивів передбачає високу кваліфікацію фахівців, фінансові витрати і наявність спеціального устаткування, застосування індикаторних смужок економічно вигідніше. Індикаторні смужки мають такі переваги:

- прості у застосуванні;
- не вимагають спеціального устаткування хімічних реактивів;
- оперативні;
- можуть використовуватися безпосередньо на робочому місці;
- забезпечують високу точність дослідження;
- мають відносно низьку вартість.

Багато зарубіжних фірм-виробників приділяють серйозну увагу розробленню експрес-методів контролю концентрації робочого розчину. Наприклад, для засобів "Сайдекс", "Сайдекс ОПА", "Аніоксид 1000" (фірма "Аніос") розроблено індикаторні смужки для визначення МЕК дезінфекційного засобу.

Вимоги до устаткування для дезінфекції

1. Ємності мають бути оснащені кришками.
2. Ємності і кришки маркують і зазначають на них назву засобу, його концентрацію, призначення, дату приготування. Для розчинів багаторазового використання вказують дату і годину використання засобу.
3. Високовартісні вироби (ендоскопи, інструменти до гнучких ендоскопів) дезінфікують згідно з додатковими інструктивно-методичними документами.
4. Вибір устаткування для дезінфекції залежить від особливостей виробу і його призначення. Для проведення дезінфекційних заходів необхідне таке оснащення:

- гідропульт (із чохлом);
- цебра емальовані або ємності з позначками 1—5 л і 10л;
- клейончасті мішки для транспортування речей у дезінфекційну камеру (дотримуйте маркування!);
- посуд для дезінфекційних засобів;
- чисті незаражені ганчірки;
- клейончасті мішки для використаних ганчірок і комплектів спецодягу;

202

- розфасовані дезінфекційні засоби;
- спецодяг: халати, ковпаки, респіратори, захисні окуляри, гумові рукавички.

Вимоги до вибору дезінфекційних засобів, застосовуваних у лікувально-профілактичних закладах різного профілю

Дезінфектанти вибирають з урахуванням *епідеміологічного* (застосування багатофункціональних засобів із широким спектром дії і мінімальною толерантністю мікрофлори до дії дезінфекційного засобу), *економічного* (придбання препаратів із мінімальною вартістю робочого розчину і можливістю багаторазового їх застосування для окремих об'єктів), *екологічного і токсичного* критеріїв.

Важливу роль відіграє технологія приготування робочих розчинів.

Для правильного вибору деззасобів необхідно визначити їхню пріоритетність. Розрізняють засоби *першої* (основної) групи застосування і *другої* (запасної, резервної).

Для **першої групи** препаратів головним критерієм є економічний: деззасоби мають бути недорогими і досить ефективними за умови їх тривалого використання; безпечними для персоналу. їх застосування в мінімально допустимих концентраціях має забезпечувати тривале епідемічне благополуччя в ЛПЗ. До цієї групи можна віднести хлорумісні препарати, які випускаються в таблетках.

Дезінфекційні засоби **другої групи** застосовують за наявності епідемічного неблагополуччя, наприклад у разі виникнення ВЛІ, незадовільних результатів санітарно-бактеріологічного контролю та ін., а також для проведення генеральних прибирань або заміни дезінфектанту. Для вибору деззасобу другої групи визначальними є епідеміологічні критерії:

- підвищення поширеності ВЛІ порівняно із середніми показниками багаторічних досліджень або аналогічно періоду минулого року;
- тяжкі нозологічні форми ВЛІ;
- виділення від різних пацієнтів монокультури мікроорганізмів;
- необхідність застосувати препарати із широким спектром дії і мінімальною стійкістю до них мікроорганізмів;
- поліпшення якості дезінфекції, передстерилізаційного оброблення (ПСО) і стерилізації інструментів медичного призначення.

ЗАПОБІЖНІ ЗАХОДИ ПІД ЧАС РОБОТИ З ДЕЗІНФЕКЦІЙНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Використовувані для знезаражування, передстерилізаційного оброблення, стерилізації і дезінсекції хімічні препарати мають різний ступінь місцевої і загальної токсичної дії. Тому для запобігання випадковим отруєнням під час роботи з такими препаратами необхідно суворо дотримувати запобіжних заходів.

1. До роботи з дезінфекційними препаратами допускаються особи, які пройшли відповідний інструктаж щодо обов'язків, техніки безпеки, запобіжних

203

заходів і профілактики випадкових отруєнь. До роботи з дезінфекційними засобами не допускаються особи віком до 18 років, вагітні і жінки, що годують груддю.

2. Відповідальною за інструктаж є особа, спеціально призначена головним лікарем.

3. Осіб із підвищеною чутливістю до використовуваних хімічних засобів від роботи з ними усувають.

4. Робочі розчини дезінфекційних засобів готують у добре провітрюваних приміщеннях. Зберігають розчини і витримують у них об'єкти, що підлягають обробленню, у щільно закритих ємкостях.

5. Замочування білизни, посуду та інших предметів у розчинах дезінфекційних засобів, передстерилізаційне оброблення і стерилізацію виробів медичного призначення хімічними засобами, оброблення пацієнтів і їхніх речей інсектицидами здійснюють у спеціально виділених приміщеннях, обладнаних припливно-витяжною вентиляцією.

6. Для захисту шкіри рук від пилоподібних препаратів рекомендують рукавиці бавовняні, а при роботі з розчинами дезінфекційних засобів — гумові технічні рукавички або рукавиці із плівчастим покриттям. Не рекомендують використовувати медичні рукавички у зв'язку з тим, що затікання в них дез-засобу створює умови для подразнення шкіри і кращого його усмоктування.

7. Не можна працювати з деззасобами за наявності мацерацій, подряпин, ран на ділянках тіла, відкритих для впливу засобів, тому що через ушкоджену шкіру препарат легше проникає в організм.

8. Запаси препаратів зберігають у місцях, недоступних для загального користування, у темному посуді, у сухому неосвітленому прохолодному приміщенні.

9. Усі дезінфекційні засоби і розчини мають бути оснащені етикетками із зазначенням назви, концентрації, дати виготовлення і терміну придатності.

10. У відділеннях дезінфекційні засоби і їхні розчини зберігають окремо від лікувальних препаратів під замком у місцях, недоступних для дітей та осіб, які не займаються дезінфекцією.

11. Суворо зберігають послідовність і точно виконують усі етапи миття і знезаражування, максимально видаляючи з оброблюваних об'єктів залишки мийних і дезінфекційних засобів.

12. Усю роботу з дезінфекційними, стерилізувальними хімічними засобами та інсектицидами проводять у добре провітрюваних приміщеннях, у витяжних шафах, у спецодязі, гумових рукавичках, герметичних окулярах (ПО-2, ПО-3) і в чотиришаровій марлевій масці або протипилових чи універсальних респіраторах (РУ-60М).

13. Після закінчення роботи ретельно миють руки і змащують їх пом'якшувальним кремом.

14. Прати спецодяг у домашніх умовах заборонено.

15. У разі випадкового потрапляння дезінфекційної речовини на шкіру необхідно негайно видалити її ватою, а шкіру добре промити проточною водою.

204

16. При проведенні робіт із дезінфекційними засобами слід дотримувати правил особистої гігієни. Заборонено курити і споживати їжу та напої в оброблюваному приміщенні.

17. Щоб уникнути нещасних випадків, не можна залишати без догляду дезінфекційні засоби, зберігати харчові продукти у виробничих приміщеннях, заборонено переносити харчові продукти разом із деззасобами.

18. Необхідно строго дотримувати правил зберігання дезінфекційних засобів, їх зберігають в неушкодженому посуді в складських приміщеннях, обладнаних припливно-витяжною вентиляцією. Приміщення складу має бути сухим, із гладкими оштукатуреними стінами і цементною підлогою. У складі має бути кілька кімнат: для зберігання дезінфекційних засобів, їх видачі і для перебування комірника.

19. Дезінфекційні засоби (посуд, упакування) мають бути оснащені чіткими паспортами із зазначенням назви, дати виготовлення, терміну придатності.

20. У кімнаті перебування має бути аптечка першої допомоги.

Якщо концентрований дезінфекційний засіб потрапив на шкіру рук, його обережно видаляють (не втираючи) ватним тампоном або серветкою, потім обмивають шкіру водою з милом.

Для інактивації залишків фосфорорганічного інсектициду шкіру протирають нашатирним спиртом або 2—5 % розчином хлораміну і знову обмивають водою.

У разі потрапляння препарату в очі їх ретельно промивають водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату. У разі подразнення слизової оболонки очей їх закачують 30 % розчином альбуциду, у разі болю (печіння в очах) — 2 % розчином новокаїну.

У разі появи ознак отруєння під час розпилення інсектицидів постраждало-го виводять із робочого приміщення, знімають забруднений одяг, дають прополоскати рот перевареною водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату і забезпечують йому спокій.

У разі випадкового потрапляння препарату в шлунок спричинюють блювання, для чого дають випити кілька склянок води (бажано індиферентної температури — 28—32 °С) або блідо-рожевого розчину калію перманганату (1:10 000), подразнюють задню стінку глотки.

Повторюють процедуру 2—3 рази. Можна промити шлунок 2 % розчином натрію гідрокарбонату, водною сумішшю активованого вугілля або перепаленої магнезії. Після блювання або промивання шлунка дають 1—2 столові ложки активованого вугілля на склянку води, потім — сольовий проносний засіб. Не можна давати рицинову олію.

Дезінфекція у лікувально-профілактичних закладах передбачає такі заходи:

— санітарне оброблення пацієнтів, яких приймають у стаціонар, і дезінфекція їхніх білизни та одягу;

— організація і проведення профілактичної та поточної дезінфекції усіх приміщень лікарні залежно від режиму роботи;

— проведення дезінфекції та дератизації для знищення побутових комах і гризунів і запобігання їх розмноженню;

— дезінфекція транспорту, який може бути джерелом поширення інфекції. Поточну дезінфекцію в лікарні проводять для запобігання виникненню внутрішньолікарняної інфекції.

До заходів, що блокують виникнення внутрішньолікарняної інфекції та забезпечують своєчасну ізоляцію її джерел, належать постійний бактеріологічний контроль і дослідження можливих джерел і шляхів її поширення (хворі з гострою чи хронічною інфекцією, персонал відділення, повітря палат і операційно-перев'язного блока, інструментарій тощо).

Бактеріологічному контролю підлягають: фартухи, змиви з рук, матеріал з операційного стола, столик анестезіолога, наркозний апарат, ларингоскоп, шланги для відведення кисню. Обстеження персоналу відділень на носійство золотистого стафілокока проводять один раз на квартал. Виявлені бактеріоносії підлягають санації до повного одужання. Працівників, у яких не вдається ліквідувати хронічний запальний процес дихальних шляхів, переводять на іншу роботу.

Контроль якості дезінфекційних заходів здійснюють дезінфекційні станції, санепідемстанції та бактеріологічні лабораторії лікувальних закладів, її оцінюють шляхом візуального, а також об'єктивного контролю з використанням хімічного і бактеріологічного методів. Візуальний контроль має на меті з'ясувати санітарний стан об'єкта, своєчасність проведення дезінфекційних заходів, обґрунтованість вибору об'єктів і методів знезараження. Хімічний контроль використовують для визначення дієвості робочих розчинів відповідно до інструкцій. Виявлення в лабораторних умовах меншої, ніж потрібно, кількості діючої речовини є доказом поганої якості дезінфекції.

У разі застосування хлоровмісних засобів можна використовувати йод-крохмальний метод контролю. Якщо контрольована поверхня дійсно була оброблена хлоровмісним дезрозчином, то при дотику до неї тампона, змоченого сумішшю 3 % розчину калію йодиду з 2 % розчином крохмального клейстеру, з'явиться специфічне синьо-буре забарвлення. Воно зникне після протирання ваткою, змоченою у 3 % розчині натрію тіосульфату.

Бактеріологічний контроль дезінфекції проводять в осередках кишкових інфекцій шляхом виявлення кишкової палички на оброблених предметах. Для взяття змивів готують ватні тампони на паличках і стерилізують у паперових пакетах. При взятті проб тампон змочують в 1 % розчині натрію тіосульфату або в середовищі збагачення. Змиви з кожного об'єкта беруть одним тампоном. Після взяття змиву тампон занурюють до дна пробірки з живильним середовищем. При цьому краї пробірки обпалюють над полум'ям пальника. На ній зазначають порядковий номер і під тим самим номером заносять у список предмет, з якого було взято пробу.

Дезінфекцію вважають якісною за відсутності росту мікроорганізмів.

206

Для профілактики гнійних ускладнень проводять комплекс санітарно-профілактичних заходів, які спрямовані на запобігання розвитку збудників інфекції в рані, їх знищення і переривання шляхів передачі. Тут особливе значення мають антисептика та асептика.

Антисептика — це комплекс заходів, які спрямовані на знищення мікроорганізмів у рані, патологічному вогнищі або організмі в цілому.

Асептика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання проникненню мікроорганізмів у рану.

Особливе значення для дотримання асептики має стан рук медичного персоналу. На шкірі рук міститься дуже багато мікроорганізмів. Вони є не лише на поверхні, а й у порах, численних складках, волосяних цибулинах, потових і сальних залозах. Особливо багато мікроорганізмів під нігтьовими пластинками. Тому нігті на руках у медичного персоналу мають бути коротко підстрижені. Осіб, які мають тріщини, подряпини, задирки, мозолі, гнояки та інші запальні процеси, не допускають до маніпуляцій.

Медична сестра повинна обов'язково *мити руки* як перед, так і після проведення маніпуляції. На руках можуть міститися золотистий стафілокок, епідермальний стафілокок, ентерокок, ешерихія колі, сальмонела, вірус гепатиту А тощо. Частина мікроорганізмів на шкірі резидентна (постійна), частина — транзиторна (непостійна). Постійні мікроорганізми (наприклад епідермальний стафілокок) не тільки виживають, а ще й розмножуються у поверхневих шарах шкіри. Транзиторна мікрофлора — це наслідок свіжого зараження. Термін її життя на шкірі обмежений. Транзиторна мікрофлора може бути представлена патогенними мікроорганізмами, які потрапляють на руки з колоній мікроорганізмів інфікованих пацієнтів або інфікованого обладнання.

Миття рук — дієвий захід профілактики внутрішньолікарняної інфекції, що гарантує безпеку персоналу.

Руки медичного персоналу, не оброблені відповідним чином, у 50—80 % випадків є причиною ВЛІ. Ефективна гігієна рук запобігає виникненню 70 % усіх внутрішньолікарняних інфекцій і передбачає хірургічне і гігієнічне оброблення рук, просте миття і захист шкіри рук.

Для миття рук використовують звичайне рідке, порошкове мило або мийний лосьйон з нейтральним рН. Слід віддавати перевагу рідкому милу або мийному лосьйону. Застосування мила в брусочках недопустиме.

Не рекомендують використовувати щітки для оброблення шкіри рук і передпліч. Тільки за наявності забруднення руки та нігті очищають за допомогою м'якої продезінфікованої щітки. Ураховуючи високу кількість мікроорганізмів під нігтями, рекомендується обов'язкове оброблення піднігтьових зон. Для цього використовують спеціальні палички або м'які продезінфіковані щітки, найкраще одноразового використання.

Руки миють теплою водою (35—40 °С). Гаряча вода призводить до знежирення та подразнення шкіри, оскільки посилює проникнення детергентів в епідерміс.

207

Звичайне миття рук із застосуванням неантимікробного мийного засобу слід проводити:

- на початку та в кінці робочого дня;
- перед приготуванням та роздачею їжі;
- в усіх випадках перед обробленням антисептиком за умови явного забруднення рук;
- при контакті зі збудниками ентеровірусних інфекцій за відсутності відповідних антивірусних засобів (рекомендують механічно видаляти віруси під час пролонгованого (до 5 хв) миття рук);
- при контакті зі споровими мікроорганізмами (під час пролонгованого миття рук (щонайменше 2 хв) спори усувають механічно);
- після користування туалетом;
- в усіх інших випадках за відсутності ризику інфікування або спеціальних вказівок.

Гігієнічне оброблення рук із застосуванням спиртових антисептиків рекомендують проводити:

1) перед:

- входженням в асептичні приміщення (передопераційну, стерилізаційні відділення, відділення реанімації, гемодіалізу та ін.);
- виконанням інвазійних втручань (установлення катетерів, виконання ін'єкцій, бронхоскопії, ендоскопії тощо);
- діяльністю, під час якої можливе інфікування об'єкта (наприклад, приготування інфузій, наповнення ємкостей розчинами і т. п.);
- кожним прямим контактом із пацієнтами;
- переходом від інфікованої до неінфікованої ділянки тіла пацієнта;
- контактом зі стерильним матеріалом та інструментарієм;
- застосуванням рукавичок;

2) після:

- контакту із забрудненими предметами, рідинами чи поверхнями (наприклад із системою для збирання сечі, забрудненою білизною, біосубстратами, виділеннями хворого та ін.);
- контакту з уже введеними дренажами, катетерами чи з місцем їх уведення;
- кожного контакту з ранами;
- кожного контакту з пацієнтами;
- зняття рукавичок;
- користування туалетом;
- після чищення носа (при риніті висока ймовірність зараження вірусною інфекцією з наступним виділенням *S. aureus*).

Примітка. Наведені показання не є остаточними. У конкретних ситуаціях персонал самостійно приймає рішення. Крім того, кожний заклад охорони здоров'я може розробити свій перелік показань, який включають у план профілактики ВЛІ з урахуванням специфіки того чи іншого відділення.

Техніка звичайного миття рук. Руки миють близько 30 с. Висушують одноразовими рушниками чи серветками.

208

Гігієнічну антисептику здійснюють методом втирання антисептика за Європейським стандартом ЕМ 1500. Вона включає 6 стадій і представлена в Наказі МОЗ України № 798, додатку 4. Кожну стадію повторюють не менше 5 разів.

Антисептик у кількості 3 мл вливають у заглиблення сухої долоні й енергійно втирають у шкіру долонь і зап'ястків протягом 30 с. У першу чергу змочують антисептичним засобом кисті рук, потім — передпліччя та ліктьові згини.

Протягом усього часу втирання засобу шкіру підтримують вологою, тому кількість порцій засобу, який втирають, суворо не регламентується. Останню порцію антисептика втирають до його повного висихання. Втирання рук не-допускається.

Під час оброблення рук враховують наявність так званих критичних ділянок, які недостатньо змочуються антисептиком: великі пальці, кінчики пальців, міжпальцеві зони, нігті, білянігтьові валики та піднігтьові зони. Найретельніше обробляють поверхні великого пальця та кінчики пальців, оскільки на них зосереджена найбільша кількість бактерій (мал. 5).

За наявності видимого забруднення рук його усувають серветкою, змоченою антисептиком, та миють руки з мийним засобом. Потім ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовим рушником чи серветками. Останньою серветкою закривають кран. Після цього руки обробляють антисептиком двічі по 30 с.

Дочекавшись повного висихання рук, надягають рукавички.

Стерилізація

Стерилізація (від лат. *aiegiIII* — безплідний) — це знищення всіх мікроорганізмів та їхніх спор (табл. 17).

209

Таблиця 17. Методи стерилізації

Метод стерилізації

Умови стерилізації

Метод якості проведення стерилізації

Термін зберігання стерилізаційного матеріалу

Паровий (автоклав)

1,5 атм. — 120 °С — 45 хв 2 атм. — 132 °С — 20 хв

Фізичний — суха сірка, бензойна кислота, антипірин чи амідопірин — температура плавлення — 110 °С. При хімічному методі в бікс кладуть спеціально оброблену смужку фільтрувального паперу. Олівцем на ньому пишуть слово "стерильно", потім смужку паперу просякають розчином крохмалю і опускають у розчин Люголя. Смужка паперу стає інтенсивно синьою і слово "стерильно" зникає. За температури 115 °С йод випаровується, папір знебарвлюється, унаслідок чого проявляється зазначений напис. Біологічний — невеликі шматочки матеріалу, який підлягає стерилізації, вміщують у 2—3 пробірки, закривають ватою і закладають у бікс. Після стерилізації пробірки відправляють для дослідження в бактеріологічну лабораторію. Якщо через 2—3 дні не спостерігають росту бактерій, матеріал вважають стерильним. Це найнадійніший метод

Бікс з фільтром — 20 діб. Бікс без фільтра та в інших упаковках — 3 доби

Повітряний (сухожаро-ва шафа)

180 °С — 1 год 160 °С — 2,5 год

Фізичний — альбуцид, аспірин — температура плавлення — 160 °С, сахароза, тіосечовина, бурштинова або аскорбінова кислота, барбітал, температура плавлення — 180 °С. Біологічний — як біотести використовують пробірки, інфіковані синьогнійною паличкою. Термічний — за допомогою термометра

В упаковці — 3 доби, у відкритому посуді — використовують одразу після стерилізації

Стерилізації підлягають усі вироби медичного призначення, які в процесі свого використання передбачають контакт із рановою поверхнею, слизовими оболонками й ін'єкційними засобами. Наприклад, ножиці для підстригання нігтів лише дезінфікують, а ножиці для зняття швів обов'язково мають бути стерильними; термометр медичний після використання дезінфікують, а коли

210

необхідно виміряти температуру в прямій кишці (у дітей, хворих гінекологічного профілю), його потрібно стерилізувати.

Стерилізацію проводять за допомогою повітряного та парового методів, іонізувального випромінювання, хімічного способу (холодового) із застосуванням хімічних засобів і газів, шляхом кип'ятіння тощо. Вибір того чи іншого методу залежить від виду матеріалу, особливостей його застосування та наявності апаратури для проведення стерилізації (мал. 6).

Стерилізація інструментарію повітряним методом

(у повітряному стерилізаторі)

Необхідно підготувати: повітряний стерилізатор, стерилізаційні коробки, металеві лотки, інструментарій, індикатор стерильності.

1. Складіть медичний інструментарій у стерилізаційні коробки або на металеві лотки.
2. Помістіть індикатор стерильності у стерилізаційну коробку або лоток, а також окремо у стерилізаційну камеру.
3. Помістіть укладений інструментарій у попередньо прогрітий до 80—90 °С повітряний стерилізатор, закрийте стерилізаційну камеру.
4. Доведіть температуру повітря у стерилізаційній камері до 180 °С і стерилізуйте протягом 60 хв.
5. Вимкніть апарат, дочекайтеся зниження температури в стерилізаційній камері до 80-90 °С.
6. Відчиніть дверцята стерилізатора, оцініть результат якості стерилізації за відповідною зміною кольору індикатора стерильності.
7. Закрийте вічка стерилізаційної коробки, поставте на бирці з медичної клейонки дату стерилізації і свій підпис.
8. Заповніть відповідні графи в "Журналі обліку стерилізації предметів медичного призначення повітряним методом".

Примітки. 1. Вироби, простерилізовані у стерилізаційній коробці з отворами (шори), вважаються стерильними протягом 3 діб, а в стерилізаційній

211

коробці з фільтром — 20 діб. Вироби, простерилізовані без упаковки, мають бути використані одразу після стерилізації.

2. Для стерилізації виробів зі скла використовують режим стерилізації: температура 160 °С, експозиція — 150 хв.

Стерилізація паровим методом

Підготовка парового стерилізатора і порядок роботи

1. Закрийте вентиль "Злив води". Відкрийте вентиль "Залив води" і вентиль "Пара в камеру".
2. Наповніть парогенератор водою до верхньої позначки водовказівної колонки, закрийте вентилі "Залив води" і "Пара в камеру".
3. Установіть на електроконтактному манометрі стрілки за допомогою викрутки положення, яке показує межу автоматичного підтримування тиску.
Стрілки установлюють таким чином:
 - *перший режим* — нижня стрілка на позначці 1,9; верхня стрілка на позначці 2,2;
 - *другий режим* — нижня стрілка на позначці 1,1; верхня стрілка на позначці 1,3.
4. Переведіть ручку ввідного автомата шафи електрообладнання в положення "1", при цьому на пульті управління загориться сигнальна лампа "Мережа". Вимикач на автоклаві встановіть у положення "Вкл."
5. Загрузіть у попередньо прогріту стерилізаційну камеру стерилізаційні коробки, помістіть індикатор стерильності в камеру, закрийте кришку і підтягніть її притискачами.
6. У разі досягнення в парогенераторі тиску 0,11 МПа (1,1 кг*с/см²) відкрийте крани "Пар у камеру" і "Злив конденсату" та здійсніть продування (видалення повітря зі стерилізаційної камери) протягом 10 хв.
7. По закінченні продування закрийте кран "Злив конденсату", підвищіть тиск у стерилізаційній камері відповідно до робочого тиску, зазначте час початку стерилізаційної витримки.

Стерилізація здійснюють парою за температури і тиску:

- 1) $(132 \pm 2) ^\circ\text{C}$, $(0,2 \pm 0,02) \text{ МПа}$, або $(2 \pm 0,2) \text{ кг}\cdot\text{с}/\text{см}^2$, $(20 \pm 2) \text{ хв}$;
- 2) $(120 \pm 2) ^\circ\text{C}$, $(0,11 \pm 0,02) \text{ МПа}$, або $(1,1 \pm 0,2) \text{ кг}\cdot\text{с}/\text{см}^2$, $(45 \pm 3) \text{ хв}$.

За 5 хв до завершення стерилізаційної витримки відкрийте кран "Злив конденсату" на 15 с для видалення конденсату.

8. По закінченні часу стерилізації закрийте кран "Пара в камеру". Вимикач автоклава встановіть у положення "Викл."

9. При відкритому крані "Злив конденсату" знизьте тиск у стерилізаційній камері до 0,06 МПа ($0,6 \text{ кг}\cdot\text{с}/\text{см}^2$), кран закрийте.

10. Відкрийте кран "Вакуум". Сушіть стерильний матеріал протягом 10 хв. Розрядження в камері має бути не менше ніж 0,06 МПа ($-0,6 \text{ кг}\cdot\text{с}/\text{см}^2$).

11. Закрийте кран "Вакуум", відкрийте кран "Повітря в камеру". Після вирівнювання тиску в стерилізаційній камері до нуля відкрийте кришку, повертаючи ручки притискача проти годинникової стрілки.

212

12. Відкрийте кришку камери, у рукавицях вийміть із камери коробки із простерилізованим матеріалом, швидко закрийте вічка біксів, поставте на етикетках із медичної клейонки дату стерилізації і свій підпис.

13. Поставте простерилізовані бікси на попередньо оброблені дезінфекційним розчином стелажі.

14. Заповніть відповідні графи в "Журналі обліку стерилізації предметів медичного призначення паровим методом" і підтвердіть якість стерилізації за зміною індикатора стерильності, вийнятого після витримки режиму стерилізації з камери автоклава.

Запам'ятайте! Перед кожним наступним циклом упевніться в достатній кількості води в парогенераторі.

15. По закінченні роботи вимкніть автоклав, ручку ввідного автомата шафи електрообладнання, відкрийте кран "Злив води" із парогенератора. Через кран "Злив конденсату" злийте конденсат із конденсатора.

Примітки. 1. Вироби, простерилізовані у стерилізаційній коробці з отворами (шори), вважаються стерильними протягом 3 діб, а в стерилізаційній коробці з фільтром — 20 діб. 2. Вироби, простерилізовані без упаковки, мають бути використані одразу після стерилізації.

Основні положення техніки безпеки при роботі з паровим стерилізатором

- До роботи з паровим стерилізатором допускаються особи, що досягли віку 18 років і мають посвідчення про здачу технімуму з експлуатації парового стерилізатора цього типу.
- Щоденно наприкінці кожної робочої зміни протирають внутрішню поверхню стерилізаційної камери вологою полотниною, а потім сухою, для того щоб видалити утворений накип з поверхні стерилізаційної камери. До наступної зміни дверцята стерилізаційної камери мають бути трохи відчиненими.
- Регулярно після 4—5 циклів стерилізації за наявності тиску потрібно піднімати шток запобіжного клапана для запобігання його прикипанню.
- У разі забруднення водовказівного скла необхідно відкрити гайку і почистити його.

Забороняється:

- експлуатувати паровий стерилізатор без заземлення;
- залишати стерилізатор без нагляду в робочому стані;
- експлуатувати стерилізатор при несправних манометрах, а також після закінчення терміну їх придатності;
- експлуатувати стерилізатор при відкритих дверцятах електрошафи;
- ущільнювати двері стерилізаційної камери за наявності в ній тиску пари;
- експлуатувати стерилізатор, якщо осьовий люфт притиску відносно гвинта становить 0,75 мм.

Категорично забороняється експлуатувати стерилізатор, який має надмірне зношування різьби гвинта і притиску.

Хімічну стерилізацію проводять за допомогою розчинів хімічних засобів. Її рекомендують для стерилізації виробів із полімерних матеріалів, скла, коро-

зійнотійких металів. Найчастіше використовують 6 % розчин перекису водню.

Стерилізацію здійснюють за кімнатної температури протягом 6 год, у підігрітому до 50 °С розчині — 3 год, 70 % розчині етилового спирту — 2 год.

Стерилізацію слід проводити за умови повного занурення виробів. Довгі вироби викладають по спіралі. Усі канали і порожнини заповнюють розчином. Після закінчення часу стерилізації всі вироби двічі занурюють на 5 хв у дистильовану воду, щоразу змінюючи її. Потім вироби переносять за допомогою стерильного корнцангу в стерильну ємність або укладку. Термін збереження стерильності виробів у стерильній ємності — 3 доби. Розчин перекису водню можна використовувати протягом 7 діб із дня приготування за умови зберігання його в закритій ємності у темному місці. Подальше використання розчину можливе лише за умови контролю вмісту активно діючих речовин.

Для стерилізації термонестійких предметів (хірургічний інструментарій, виготовлений з полімерних матеріалів, гумові предмети тощо) можна використовувати 1 % розчин надоцтової кислоти. Хімічну стерилізацію проводять розчином дезоксону із глютаровим альдегідом.

При використанні 2 % розчину корзолексу стерильність досягається через 60 хв, а в разі застосування 4 % розчину — через 30 хв. Корзолекс має антикорозійні властивості, тому ним зручно стерилізувати оптичний і ріжучий інструментарій. Проте слід зазначити, що широке його застосування обмежує вартість.

Стерилізація іонізувальним випромінюванням. Променеву стерилізацію проводять іонізувальними променями значної енергетичної сили, які здатні проникати на різну глибину в матеріал, що підлягає стерилізації. Це переважно Р- і у-випромінювання. Цей вид стерилізації широко застосовують на промислових підприємствах, де виробляють інструментарій одноразового використання (шприци, системи для переливання крові, перев'язувальний матеріал). Предмети викладають у герметичні поліетиленові пакети із зазначенням терміну зберігання (до кількох років).

Газовий метод стерилізації в промислових умовах застосовують для оброблення термонестійких предметів, які не можна стерилізувати в автоклаві або в сухожаровій шафі (катетери, зонди із штучних матеріалів, шланги, протези, ендоскопи, оптичні прилади, кетгут). Найчастіше використовують оксид етилену, пари формаліну. Здійснюють у заводських умовах у спеціальних газових стерилізаторах. Приміщення для стерилізації виробів одноразового використання має бути оснащено витяжною вентиляцією.

Кип'ятіння як метод стерилізації медичного інструментарію згідно з галузевим стандартом ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы" не передбачено. Але як виняток (у невеликих лікарнях, амбулаторіях, домашніх умовах), коли неможливо простерилізувати іншими методами, можна застосовувати кип'ятіння. Стерилізацію шляхом кип'ятіння проводять у спеціальних металевих кип'ятильниках з решіткою для вкладання інструментарію. Заливають інструментарій холодною дистильованою водою і кип'ятять 45 хв із моменту закипання.

214

При багатопрофільних лікувально-профілактичних закладах і великих лікарнях організовано *центральні стерилізаційні відділення* (ЦСВ), у яких проводять перед стерилізаційне очищення інструментарію та стерилізацію білизни, перев'язувального матеріалу, інструментарію та інших медичних виробів паровим і повітряним методами. Згідно з чинними нормативно-методичними документами, ЦСВ має включати дві зони: нестерильну і стерильну.

У нестерильній зоні виділяють кілька окремих кімнат: приймально-сортувальну, у якій приймають із відділень інструментарій; кімнати для проведення перед стерилізаційного очищення та кімнати, де інструментарій висушують і перевіряють на цілість і придатність до роботи, готують до стерилізації і завантажують в автоклав чи сухожарову шафу.

У чистій зоні після закінчення стерилізації стерильний матеріал дістають зі стерилізаційних апаратів і видають за призначенням.

Сучасне центральне стерилізаційне відділення має три зони: брудну, чисту і стерильну (мал. 7).

215

Брудна зона — приміщення, у яких зберігаються використаний інструментарій і матеріали. Це кімната для приймання матеріалу в контейнерах з відділень із двома мийними приміщеннями: одне безпосередньо для інструментів і матеріалів, інше — для транспортних візків, на яких перевозять контейнери по ЛПЗ. Брудна зона з'єднується з чистою тільки через мийні автомати прохідного типу і за допомогою передатного вікна, що закривається (для передачі інструментів, вимитих, продезінфікованих і висушених вручну). До складу брудної зони доцільно включити гардероб для верхнього одягу і санвузли загального користування. Чиста зона — це приміщення, розташовані безпосередньо за мийками. Там містяться інструменти і матеріали вже чисті, але ще не стерильні. До цих приміщень належать кімнати пакування і підготовки до стерилізації інструментів, підготовки й пакування текстилю, виготовлення перев'язувальних матеріалів, різні складські приміщення і кімнати для персоналу, одягненого в спецодяг (халати, головні убори, спеціальне взуття). Вхід у чисту зону — через санпропускник.

Стерильна зона — це, власне, склад простерилізованого матеріалу. Він відділений від чистої зони прохідними стерилізаторами. Це приміщення особливої чистоти, куди вхід дозволено тільки через санпропускник строго обмеженому персоналу у спеціальному одязі обов'язково в масках.

Передбачено також службові приміщення, ізольовані від функціональних: коридори, канцелярія, кімната персоналу, не одягненого в спецодяг, кімната підготовки води та ін.

Контроль стерильності

Як правило, застосовують інструментальні методи для вимірювання окремих фізичних параметрів циклу стерилізації (температури, часу, тиску). Хімічні методи контролю дають змогу перевірити один або кілька параметрів циклу стерилізації, біологічні — оцінити сумарний вплив усіх факторів на результати процесу стерилізації.

Під системою контролю стерилізації розуміють комплекс методів із зазначенням обсягу і періодичності їх проведення й описом порядку дій персоналу в різних ситуаціях. Системи контролю мають бути адекватними методу стерилізації, типу стерилізатора і його оснащеності штатним контрольно-вимірювальним обладнанням, ступеню фізичного і морального зношування. Контролю мають підлягати усі критичні параметри методу стерилізації.

Інструментальні методи контролю

Контрольно-вимірювальні прилади, якими оснащуються всі стерилізатори, дають змогу фіксувати температуру, тиск у стерилізаційній камері, оперативно відстежувати найважливіші для стерилізації параметри і реєструвати ці значення в документації. Однак це вимагає постійної присутності медичного персоналу протягом усього циклу стерилізації.

Сучасні стерилізатори оснащуються також приладами для реєстрації температури протягом усього циклу стерилізації.

216

Хімічні методи контролю

Використання хімічних речовин або їхніх комбінацій, що змінюють під впливом процесу стерилізації свій стан або колір, прийнято називати хімічним контролем. Речовини, застосовувані для контролю стерилізації, називають хімічними індикаторами (мал. 8).

Хімічні індикатори можуть реагувати на вплив одного, кількох або всіх критичних параметрів процесу стерилізації.

Залежно від цього хімічні індикатори ділять на 6 класів.

Клас I — індикатори процесу. Такі індикатори використовуються на окремих пакуваннях для стерилізації, на стерилізаційних контейнерах (біксах), згортках із **виробами, які**

стерилізуються. Індикатори процесу свідчать тільки про те, що вироби зазнали **стерилізації**, і дають можливість легко відрізнити їх від непростерилізованих предметів.

Клас II — індикатори для спеціальних контрольних перевірок стерилізаторів.

Найпоширеніший індикатор цього класу — тест "Бові і Дік" (Bo\yie & Bick).

Клас III — індикатори одного параметра. Реагують тільки на один критичний параметр (бензойна кислота, сахароза, гідрокінон).

Клас IV — багатопараметрові індикатори. Реагують на два або більше критичних параметрів: індикатори парової стерилізації, хімічні одноразові "ИНТЕСТ-П-ВИНАР" (мал. 9).

217

Клас V — індикатори-інтегратори. Реагують, якщо всі критичні параметри досягли значень, необхідних для загибелі біотестів.

Клас VI — індикатори-емулятори. Реагують, якщо всі критичні параметри досягли регламентованих значень. Правильне використання хімічних індикаторів усіх класів дає змогу персоналу, що проводить стерилізацію, оперативно, практично негайно після закінчення циклу зробити висновок про придатність до використання стерильної партії виробів і одержати документальне підтвердження ефективності циклу стерилізації.

Колір хімічного індикатора, набутий ним після використання, при зберіганні може змінитися на початковий. Такі **індикатори** не підлягають архівуванню.

Біологічні методи контролю

Використання бактеріологічних культур для підтвердження надійності стерилізаційних заходів називають бактеріологічним контролем. За якістю стерилізації ведуть бактеріологічний контроль. Працівники баклабораторії беруть змиви на стерильність 1 раз на 7—10 днів.

Біологічний індикатор (БІ) — обладнання, що містить певну кількість життєздатних мікроорганізмів, які володіють високою резистентністю до інактивації в стерилізаційному процесі.

Останніми роками розроблено індикатори, у яких наявність мікроорганізмів, що зберегли життєздатність після стерилізації, визначається за флуоресценцією. Ці індикатори мають значну перевагу, тому що через високу чутливість флуоресцентного способу індикації відповідь про якість стерилізації можуть давати протягом 1 год після закінчення циклу стерилізації (замість 24—48 год).

Таким чином, на сьогодні існує достатня кількість засобів контролю стерилізації для об'єктивного судження про її надійність, але немає системи їх оптимального використання.

Санітарно-протиепідемічний режим лікувальних закладів

У приймальному відділенні санітарно-гігієнічний режим має виключати занесення інфекції в стаціонар. Після огляду кожного прийнятого пацієнта клейонку на кушетці слід протирати дезінфекційним розчином. Якщо пацієнта оглядають на наявність педикульозу, він проходить повне санітарне оброблення (душ або ванна, при цьому видають знезаражену губку). Пацієнт переодягається в чисту лікарняну білизну (із дозволу лікаря може залишитися у своїй білизні). Після огляду пацієнта руки потрібно вимити милом (в одноразовому розфасуванні) з дворазовим намилюванням, а після огляду інфекційного хворого — протягом 2 хв 0,2 % розчином хлораміну або 0,1 % розчином дезоксону-1.

218

Приймальні відділення мають бути забезпечені засобами дезінфекції і дезінсекції: мило, губки індивідуального користування, посуд для зберігання чистих і використаних губок, наконечники для клізм і посуд для зберігання їх у чистому вигляді.

Після огляду пацієнта металеві шпатель кип'ятять упродовж 15 хв, а термометри дезінфікують в 1 % розчині хлораміну або 0,1 % розчині дезоксону протягом 15 хв чи занурюють у 3 % розчин перекису водню на 80 хв.

У лікувальних відділеннях стаціонарів ліжко, тумбочку і підставку для підкладного судна протирають дезінфекційними розчинами. Постільні речі після виписування пацієнта необхідно обробляти в дезінфекційній камері.

Гігієнічну ванну пацієнтам призначають 1 раз на 7—10 днів зі зміною білизни. При заміні постільної і натільної білизни її акуратно складають у ємності із кришкою або мішки з бавовняної тканини. Після заміни білизни підлогу і предмети протирають дезінфекційними розчинами. Увесь інвентар для прибирання — щітки, ганчірки, відра — має бути маркованим для різних приміщень. Інвентар, яким прибирали, знезаражують, замочуючи на 1 год в 1 % розчині хлораміну або 0,5 % розчині хлорного вапна з подальшим полосканням у чистій воді й висушуванням (у вологому середовищі розмножуються псевдомонади і клебсієли).

У плановому порядку 1 раз на місяць і, крім того, за показаннями проводять бактеріологічні дослідження повітря, рідких лікарських форм, грудного молока, рідин для пиття хворих, змивів із рук персоналу, предметів догляду.

Особливу увагу приділяють стерильності хірургічного інструментарію, голок, шприців, шовного матеріалу, катетерів, апаратів для штучного кровообігу, ендоскопічної апаратури. При цьому визначають наявність стафілококів, синьогнійної палички, клебсієл, протей, кишкової палички та ін.

Санітарний нагляд за лікарняними закладами включає контроль санітарно-технічного стану харчоблока, транспорту для перевезення продуктів, утримання інвентарю і посуду, дотримання технології приготування їжі, термінів її реалізації, правил миття і дезінфекції посуду.

Медичний персонал лікарняних закладів може стати джерелом збудників інфекції (як носій або хворий з легкими формами), а також виявитися жертвою, заразившись від хворого, його крові і виділень. Для зменшення цієї небезпеки проводять періодичний медичний огляд і обстеження персоналу. Доцільно мати картотеку, у якій мають бути зазначені захворювання, що переніс кожен із співробітників. Виявлені носії і хворі мають бути відсторонені від роботи і пройти курс лікування.

Найважливішою складовою інфекційної безпеки є запобігання можливості передачі мікроорганізмів від пацієнтів до медичного персоналу. Захист медичного персоналу від зараження — актуальна тема при роботі з інфекційними хворими і носіями внутрішньолікарняної інфекції. Завдання профілактики внутрішньолікарняної інфекції серед медичного персоналу:

1) організація санітарно-епідеміологічного нагляду медичного персоналу за інфекцією (облік та реєстрація);

219

2) розроблення і впровадження профілактичних та протиепідемічних заходів для захисту медичного персоналу від зараження (запобігання артифіцій-ним зараженням):

- широке використання одноразового медичного одягу;
- застосування шкірних антисептиків;
- широке застосування засобів індивідуального захисту (окуляри, щитки, екрани, маски, рукавички тощо);
- організація специфічної та екстреної профілактики медперсоналу (щеплення — бажано від тифу, грипу, поліомієліту (при епідемії), БЦЖ; рекомендовано від дифтерії, гепатиту В, правця);

3) упровадження в лікувальний процес безпечних в епідемічному плані медичних технологій;

4) розроблення стандартів медичних маніпуляцій, що включають правила протиепідемічного режиму з метою профілактики внутрішньолікарняної інфекції серед пацієнтів та медперсоналу.

Умови безпеки медичної сестри на робочому місці

1. Спеціальний одяг, що захищає медичну сестру від можливого потрапляння крові та інших виділень при виконанні маніпуляцій:

- медична шапочка;
 - одноразові гумові рукавички;
 - маска марлева чотиришарова або респіратор;
 - окуляри;
 - вологонепроникний фартух або халат.
2. Засоби взяття та доставки лабораторного матеріалу:
 - одноразові шприци та голки;
 - спеціальні ємності для збирання біологічного матеріалу;
 - контейнери для транспортування біологічного матеріалу.
 3. Контейнери для перед стерилізаційного очищення та дезінфекції.
 4. Контейнери для утилізації.
 5. Дезінфекційні та антисептичні засоби.

Обстеження працівника на бацилоносійство. Оскільки медичні працівники можуть бути джерелом виникнення внутрішньолікарняної інфекції в гінекологічних відділеннях та акушерських стаціонарах, їх обстежують на бацилоносійство не рідше 1 разу на рік. Обов'язковому бактеріологічному дослідженню підлягає слиз з передніх відділів носа та зів. Узяття матеріалу із зів проводять з поверхонь мигдаликів ватним тампоном натще або не рідше ніж через 2—3 год після споживання їжі. Посів матеріалу, що досліджується, на середовище здійснюють не пізніше як через 2 год після взяття.

Якщо в медичного працівника виділено стафілокок у посіві зі слизу носоглотки, йому обов'язково призначають консультацію стоматолога і оторино-ларинголога. Якщо ці спеціалісти виключають розвиток патології, бацилоносій проходить санацію. Здійснюють її розчином фурациліну, олійним розчином хлорофіліпту тощо. Після цього повторно тричі беруть мазки на стафілококо-

220

носійство. Коли ж і після проведеної санації продовжує висіватись стафілокок, роблять посів на чутливість до антибіотиків і проводять антибіотикоте-рапію. За відсутності ефекту проводять фенотипування і продовжують санацію. Якщо ж протягом року не вдається досягнути позитивного результату, такого працівника переводять на роботу у відділення соматичного профілю.

Умови профілактики внутрішньолікарняної інфекції і винесення її за межі медичних закладів. Контаміновані патогенними мікроорганізмами і вірусами відходи медичних закладів становлять небезпеку в епідеміологічному й екологічному плані. Відсутність у більшості лікувально-профілактичних закладів організованої системи збирання, транспортування й видалення медичних відходів не виключає можливості інфікування пацієнтів, персоналу, функціональних приміщень клініко-діагностичних відділень стаціонару патогенними мікроорганізмами, що може спричинити поширення внутрішньолікарняної інфекції і винесення її за межі медичних закладів.

Відходи, що утворюються в лікувально-профілактичних закладах, мають різний ступінь епідеміологічної й екологічної небезпеки залежно від їхнього складу і ступеня контамінації біологічними агентами. Тому їх виділяють у різні класи та вимагають конкретних умов збирання, тимчасового зберігання, транспортування.

Класифікація відходів лікувально-профілактичного закладу та особливості дій медичного персоналу

Відходи класу А утворюються в:

- палатних відділеннях (крім інфекційних, шкірно-венерологічних, фтизіатричних, мікологічних);
- адміністративно-господарських приміщеннях;
- центральних харчоблоках, буфетах відділень (крім інфекційних, шкірно-венерологічних, фтизіатричних, мікологічних);
- позакорпусній території закладу.

Збирають відходи в багаторазові ємності або одноразові *пакети білого кольору*. Одноразові пакети розміщуються на спеціальних візках або усередині багаторазових баків. Заповнені багаторазові ємності або одноразові пакети доставляють до місць установки (між-)корпусних контейнерів і перевантажують у контейнери, призначені для збирання відходів цього класу. Багаторазова тара після збирання і спорожнювання підлягає миттю і дезінфекції.

Відходи класу Б утворюються в:

- операційних;
- реанімаційних;
- процедурних, перев'язних і інших маніпуляційно-діагностичних приміщеннях;
- інфекційних, шкірно-венерологічних відділеннях;
- медичних і патологоанатомічних лабораторіях;
- лабораторіях, що працюють із мікроорганізмами III—IV групи патогенності;
- віваріях, ветеринарних лікарнях.

221

Відходи класу Б після дезінфекції збирають в одноразове герметичне впакування. М'яке впакування (одноразові пакети *жовтого кольору*) закріплюють на спеціальних стійках (візках). Після заповнення пакета приблизно на 3/4 з нього видаляють повітря, і співробітник, відповідальний за збирання відходів у медичному підрозділі, герметизує його. Цю роботу виконують у марлевій пов'язці і гумових рукавичках.

Органічні відходи, що утворюються в операційній і лабораторіях, мікробіологічні культури й штами, вакцини, вірусологічно небезпечний матеріал після дезінфекції збирають в одноразове тверде герметичне впакування (*спеціальні одноразові баки жовтого кольору*). Гострий інструментарій (голки, пір'я), що пройшло дезінфекцію, збирають окремо від інших видів відходів в одноразове тверде впакування.

Усі види відходів класу Б за межі медичного підрозділу транспортують тільки в одноразовому упакуванні після його герметизації. У встановлених місцях загерметизовані одноразові ємності (баки, пакети) поміщають у (між-)корпусні контейнери, призначені для збирання відходів класу Б. Одноразові ємності (пакети, баки) з відходами класу Б маркують написом "Небезпечні відходи. Клас Б" з нанесенням коду підрозділу лікувального закладу, назви закладу, дати й прізвища відповідальної за збирання відходів особи.

Відходи класу В утворюються в:

- підрозділах для пацієнтів з особливо небезпечними і карантинними інфекціями;
- лабораторіях, що працюють із мікроорганізмами I—II групи патогенності;
- фтизіатричних і мікологічних клініках (відділеннях).

Відходи цього класу підлягають дезінфекції відповідно до чинних нормативних документів. Збирають їх в одноразове впакування. М'яке впакування (*одноразові пакети червоного кольору*) має бути закріплене на спеціальних стійках (візках).

Після заповнення пакета приблизно на 3/4 з нього видаляють повітря і співробітник, відповідальний за збирання відходів у цьому медичному підрозділі, герметизує його з дотриманням вимог техніки безпеки при роботі зі збудниками I—II групи патогенності.

Мікробіологічні культури і штами, вакцини потрібно збирати в одноразове тверде герметичне впакування червоного кольору. Транспортують усі види відходів класу В за межі медичного підрозділу тільки в одноразовому упакуванні після його герметизації.

У встановлених місцях загерметизовані одноразові ємності (баки, пакети) поміщають у (між-)корпусні контейнери, призначені для збирання відходів класу В. Ці одноразові ємності маркують написом "Надзвичайно небезпечні відходи. Клас В" з нанесенням коду підрозділу лікувально-профілактичного закладу, назви закладу, дати й прізвища відповідальної за збирання відходів особи.

Примітка. Не допускається:

- пересипати відходи класу Б та В з однієї ємності в іншу;
- установлювати одно- і багаторазові ємності біля електронагрівальних приладів;

222

- утрамбовувати будь-які відходи руками;
- збирати відходи без рукавичок. **Відходи класу Г** утворюються в:
- діагностичних підрозділах;
- відділеннях хіміотерапії;
- патологоанатомічних відділеннях;
- фармацевтичних цехах, аптеках, складах;
- хімічних лабораторіях;
- адміністративно-господарських приміщеннях.

Використані люмінесцентні лампи, ртутьмісні прилади й устаткування збирають у закриті герметичні ємності. Після заповнення ємності герметизують і зберігають у допоміжних приміщеннях. Вивозять їх спеціалізовані підприємства на договірних умовах.

Відходи класу Д утворюються в:

- діагностичних лабораторіях (відділеннях);
- радіоізотопних лабораторіях і рентгенівських кабінетах.

Збирання, зберігання, видалення відходів класу Д здійснюють відповідно до вимог правил роботи з радіоактивними речовинами й іншими джерелами іонізаційних випромінювань, нормами радіаційної безпеки й іншими чинними нормативними документами, які регламентують обіг радіоактивних речовин.

Наказ МОЗ СРСР

"Об утверждении инструкции о санитарно-противоэпидемическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного санитарного надзора за санитарным состоянием лечебно-профилактических учреждений"

№ 288 від 23.03.76 р.

1. У всіх хворих, які поступають до приймального відділення, оглядають шкіру, зів, вимірюють температуру. Дерев'яні шпатель після використання підлягають знищенню, а металеві — кип'ятять протягом 15 хв. Термометр повністю занурюють у банку з 0,5 % розчином хлораміну (розчин змінюють щоденно).
2. Огляд хворого проводять на кушетці, вкритій клейонкою. Після приймання хворого клейонку щоразу протирають 1 % розчином хлораміну або 0,5 % освітленим розчином хлорного вапна.
3. У приймальному відділенні хворий проходить повне санітарне оброблення (ванна, обтирання). Губку після використання кип'ятять у 2 % розчині соди — 15 хв, просушують і зберігають у чистому посуді. Якщо прокип'ятити губку відразу після використання немає можливості, їх збирають в окремий посуд з 1 % розчином хлораміну або 0,5 % освітленим розчином хлорного вапна, а потім промивають під проточною водою.
4. Щітки для оброблення миють, просушують і автоклавують при 0,5 атм. — 30 хв. Зберігають у біксах, за потреби їх дістають стерильними корнцангами.
5. Наконечники для клізм після кожного використання кип'ятять 15 хв і зберігають у посуді з написом "чисті" у сухому вигляді. Для оброблення їх збирають в

окремий посуд з 0,5 % розчином хлораміну або 0,2 % освітленим розчином хлорного вапна.

6. Перед прийманням хворого до палати ліжко, тумбочку для підкладного судна протирають 1 % розчином хлораміну або 0,5 % розчином освітленого хлорного вапна. Ліжко застилають постільною білизною, що пройшла камерне оброблення в режимі для вегетативних форм мікробів. За можливості слід дотримувати циклічності заповнення палат.
7. Хворому видають індивідуальні предмети догляду: плювальницю, підкладне судно, напувальницю та ін., які після використання ретельно миють. Після виписування хворого предмети індивідуального догляду знезаражують.
8. Для миття рук хворих, а також обслуговуючого персоналу використовують рідке гексохлорофенове мило. Допускається користування господарським милом у дрібній розфасовці (на 1 використання).
9. Хворим заборонено користуватись особистими шерстяними речами; за потреби їх видають хворим після камерного оброблення.
10. При заміні постільної і натільної білизни її акуратно збирають у мішки з бавовняної тканини або баки з кришками. Забороняється скидати білизну, що була у користуванні, на підлогу або у відкриті

приймальники. Розбирання і сортування брудної білизни проводять у спеціально відведеному приміщенні. Після зміни білизни підлогу в палаті протирають дезінфекційним розчином.

11. Прибирання приймального відділення і палат проводять не рідше 2 разів на день вологим способом. Дезінфекційні засоби використовують після зміни білизни у разі виникнення післяопераційного ускладнення.

12. Інвентар для прибирання — відра, тази та ін. — маркують та використовують тільки за призначенням. Знезаражування проводять шляхом замочування на 1 год в 1 % розчині хлораміну або 0,2 % освітленому розчині хлорного вапна.

13. Категорично заборонено приймати в хірургічному відділенні м'які іграшки та інші предмети, що не витримують дезінфекційного оброблення.

Наказ МОЗ СРСР

"О введеный в действие отраслевого стандарта ОСТ "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы"

№ 770 від 10.06.85 р.

Відповідно до наказу МОЗ СРСР від 10.06.85 р. № 770 строк впровадження встановлений з 01.01.86 для закладів, які розробляють і виготовляють медичні вироби. Недотримання стандарту переслідується законом.

Стандарт поширюється на вироби медичного призначення, які в процесі експлуатації підлягають стерилізації і (або) дезінфекції.

Стандарт обов'язковий для закладів, що використовують засоби медичного призначення, а також для організацій і закладів, які розробляють і виготовляють медичні вироби.

Стандарт не поширюється на лікарські препарати і засоби їх упаковки, на вироби, які промисловість випускає стерильними, на засоби із текстильних матеріалів (за розділом дезінфекції), предмети догляду за хворими, медичні меблі.

Стандарт встановлює методи, засоби і режим передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції.

224

1. Загальні положення

1.1. Встановлені в стандарті методи, засоби і режими передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції є рівнозначними, за ефективністю для кожного виду оброблення.

Примітка: перевагу слід віддавати термічним методам стерилізації (паровому і повітряному).

1.2. На основі положень стандарту мають опрацьовуватись інструкції, які встановлюють методи, засоби і режими передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції відповідно до конкретних виробів або груп виробів з урахуванням їх призначення і конструктивних особливостей.

1.3. При опрацьовуванні виробів слід підібрати метод, засіб і режим, виходячи із стійкості виробу до засобів передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції залежно від матеріалу, ступеня оброблення поверхні, конструктивного виконання. Вибрані методи, засоби і режими не мають призводити до змін зовнішнього вигляду, експлуатаційних якостей та інших показників виробу, оброблені вироби не мають чинити токсичну дію.

1.4. Вимоги до стійкості виробів до засобів передстерилізаційного оброблення, стерилізації і дезінфекції мають нормуватись у завданнях (медико-технічних вимогах) на розробку нових виробів, технічних умов стандартів, а також називатись в експлуатаційній документації і контролюватись на стадії розробки і виготовлення виробу. У технічних умовах, у стандартах на серійно виготовлену продукцію вимоги стійкості виробів до передстерилізаційного очищення і до конкретного методу стерилізації і дезінфекції мають нормуватись з урахуванням стандарту на основі результатів попередньо проведених перевірок.

1.5. У процесі експлуатації виробів перед стерилізаційне очищення і (або) дезінфекція мають проводитись відповідно до стандарту та інструкцій, які визначають порядок проведення передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції конкретних видів виробів, а також експлуатаційної документації.

1.7. При проведенні передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції хімічним методом (за винятком газової стерилізації), дезінфекції методом кип'ятіння допускається застосування інгібіторів та інших додатків, які сприяють зменшенню корозії, дозволені Міністерством охорони здоров'я і не зменшують ефективності передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції.

1.8. Контроль стерилізації мають здійснювати бактеріологічні лабораторії, санітарно-епідеміологічні станції і лікувально-профілактичні заклади відповідно до інструкцій, встановлених Міністерством охорони здоров'я.

1.9. Контроль за роботою стерилізаторів здійснюють дезінфекційні станції і дезінфекційні відділи санітарно-епідеміологічних станцій відповідно до інструкцій, встановлених Міністерством охорони здоров'я.

1.10. Контроль якості передстерилізаційного очищення, стерилізації і дезінфекції мають проводити лікувально-профілактичні заклади, санітарно-епідеміологічні і дезінфекційні станції відповідно до інструкцій, встановлених Міністерством охорони здоров'я.

2. Передстерилізаційне очищення

2.1. Передстерилізаційному очищенню підлягають усі вироби перед їх стерилізацією з метою усунення білкових, жирових і механічних забруднень, а також медичних препаратів.

2.2. Розбірні вироби підлягають передстерилізаційному очищенню в розібраному вигляді.

225

2.3. Передстерилізаційне очищення проводиться ручним або механізованим (за допомогою спеціального оснащення) способом.

2.4. Механізоване передстерилізаційне очищення має проводитись за струминним, ротаційним методами, миттям йоржем або за допомогою ультразвуку з використанням поверхнево-активних речовин (відповідно до п. 2.8 стандарту та інших додатків). Методика проведення механізованого передстерилізаційного очищення має відповідати інструкції з експлуатації, яка додається до обладнання.

Примітка: миття йоржем гумових виробів не дозволяється.

2.5. Передстерилізаційне очищення ручним способом має проводитись послідовно відповідно до табл. 1 наказу.

ГСТ 42-21-2-85

Таблиця 1. Передстерилізаційне очищення

Процеси при проведенні очищення	Режим очищення				Обладнання
	Початкова температура, °С		Експозиція, хв		
	номінальне значення	відхилення	номінальне значення	відхилення	
Занурювання інструментів, забруднених кров'ю, у розчин інгібітору корозії (1 % розчин бензоату натрію) одразу після операції	22	±5	60	±5	Таз, бачок
Споліскування під проточною водою	—	—	0,5	±0,1	Ванна, раковина
Замочування в мийному розчині при повному зануренні предмета					
Мийний засіб "Біолот"	40*	+5	15,0	+ 1,0	Бачок, ванна
Мийний засіб "Прогрес", "Астра", "Лотос", "Айна"	50*	+5	15,0	+1,0	Бачок, ванна
Миття кожного предмета в мийному розчині п. 2.8 за допомогою йоржа або ватно-марлевого тампона			0,5	+1,0	
Споліскування під проточною водою					
Мийний засіб "Біолот"	—	—	3,0		
Мийний засіб "Прогрес"	—	—	5,0	+1,0	
Мийний засіб "Астра", "Лотос", "Айна"			10,0		Ванна, раковина з обладнанням
Просушування гарячим повітрям	85	+2—10	(1)		Сушильна шафа
Споліскування дистильованою водою					Бачок, ванна

* Температура розчину в процесі миття не підтримується. (1) — До повного зникнення вологості. *Примітка*

1. Мийний розчин можна застосувати до забруднення (до появи ру, що вказує на наявність крові і знижує ефективність очищення).

226

рожевого кольо-

2. Мийний розчин перекису водню із синтетичними мийними засобами можна застосовувати протягом доби з моменту виготовлення, якщо колір розчину не змінився. Незмінений розчин можна підігрівати до 6 разів, у процесі підігрівання концентрація водню істотно не змінюється.

2.6. При використуванні мийного розчину, що містить 0,5 % перекису водню і 0,5 % синтетичний мийний засіб "Лотос", застосовують інгібітор корозії — 0,14 % олеат натрію.

2.7. Після закінчення робочої зміни обладнання має бути очищеним механічним способом — шляхом миття із застосуванням мийних засобів.

2.8. Мийний розчин має вмщувати компоненти згідно з табл. 2 наказу.

ГСТ 42-21-2-85 Таблиця 2. Приготування мийного розчину (для приготування 1 дм³)

Компоненти	Кількість	Застосування
Мийний засіб "Біолот" Вода питна	3г 977 г	При механічному очищенні (струминний метод, йорж, ультразвук)
Мийний засіб "Біолот" Вода питна	1,5 г 998,5 г	При механічному очищенні ротаційним методом
Мийний засіб "Біолот" Вода питна	5г 995 г	При ручному очищенні
Розчин перекису водню* Мийний засіб "Прогрес", "Астра", "Лотос", "Айна" Вода питна	17 см ³ 5г 995 г	При механічному очищенні (струминний метод, йорж, ультразвук) і ручному очищенні
Мийний засіб "Лотос" Вода питна	5г 978 г	При механічному очищенні з ультразвуком

* Для передстерилізаційного очищення допускається застосування медичного перекису водню, а також перекису водню технічних марок А і Б. Наведена в таблиці кількість перекису водню розрахована для розчину з концентрацією 27,5 %.

3. Стерилізація

3.1. Стерилізації підлягають усі вироби, які торкаються до поверхні рани, контактують з кров'ю або ін'єкційними препаратами, а також окремі види медичних інструментів, які в процесі експлуатації контактують із слизовими оболонками і можуть спричинити їх ушкодження.

3.2. Стерилізація має здійснюватись одним із методів, наведених в табл. 3, 4 наказу.

4. Дезінфекція

4.1. Дезінфекції підлягають усі вироби, які не мають контакту з поверхнею рани, кров'ю або ін'єкційними препаратами. Вироби, які використовуються для проведення маніпуляцій на гнійних ранах або в інфекційного хворого, підлягають дезінфекції перед передстерилізаційним очищенням і стерилізацією. Крім того, дезінфекції підлягають вироби медичного призначення після операції, ін'єкцій особам, які перехворіли на вірусний гепатит В або інший гепатит з неуточненим діагнозом. Дезінфекція має проводитись одним з методів, указаних у табл. 5 наказу.

227

ГСТ 42-21-2-85 Таблиця 3. Паровий метод стерилізації (водяна насичена пара під надмірним тиском)

Режим стерилізації			Застосування	Умови стерилізації	Термін збереження	Обладнання
Тиск, атм.	Робоча температура, °С	Експозиція, хв				

2,0	132	20	Для виробів з корозійно-стійкого металу, скла, текстилю, гуми	У стерилізаційних коробках без фільтрів або в подвійній м'якій упаковці з бязі, пергаменту, паперу мішкової непроникливості, вологостійкості, для упакування продукції на автоматах марки Е (поліетилен високої щільності)	3 доби	Паперовий стерилізатор
1,1	120	45	Для виробів з гуми, латексу, окремих полімерних матеріалів	У стерилізаційних коробках з фільтром	20	

ГСТ 42-21-2-85 Таблиця 4. Хімічний метод стерилізації (розчин хімічних препаратів)

Стерилізу-ючий агент	Режим стерилізації		Застосуван-ня	Умови стерилізації	Термін збере-ження	Обладнан-ня
	Робоча температура, °С	Експо-зиція, хв				
Розчин перекису водню 6 %	18—50	360—180	Для виробів з полі-мерних матеріалів, гуми, скла, корозійно-стійких металів	При повному зану-ренні виробу в розчин на час стерилізаційної експозиції, після чого його необхідно промити стерильною водою. Зберігати в стерильній ємності (стерилізаційна коробка), яка вистелена стерильною пелюшкою	3 доби	Закриті ємності зі скла, пластмаси або покриті емаллю без пошко-дження
Розчин дезоксон-І 1 % (за надощго-вою кислотою)	18	45				

228

Наказ МОЗ України

"Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом"

№ 38 від 28.03.94 р.

{Витяг}

3. Організація та проведення протипедикульозних заходів

З метою виявлення осередків педикульозу в плановому порядку проводяться огляди різних контингентів населення силами таких груп медпрацівників:

1. Всього населення — при проведенні диспансерних та профілактичних оглядів (кабінет долікарського огляду, КІЗ) та при кожному зверненні про меддопомогу, у тому числі при оформленні планової госпіталізації, обслуговуванні викликів осередків інфекційних захворювань та інше.
2. Дітей, що відвідують дитячі дошкільні установи — щоденно медперсонал разом із вихователями.
3. Учні шкіл-інтернатів — щотижня перед і після кожного відвідування родини — медперсонал установи разом з вихователями.
4. Учні загальноосвітніх шкіл та профтехучилищ після кожних канікул; за показаннями вибірково — медперсоналу та вчителів.
5. Дітей, що проживають у будинках малюка, дитячих будинках, спецсанаторіях та інше, — при надходженні, пізніше — щотижня в дні купання та при виписуванні — медперсонал, із залученням вихователів. Огляду підлягає також і обслуговуючий персонал.

6. Дітей, що відіжджають в оздоровчі табори, санаторії для навчання — комісійно педіатром та представниками дезстанцій, щотижня в період перебування, перед поверненням з нього, під час профоглядів.

7. Осіб, при прийомі на лікування в стаціонарі, будинки для осіб похилого віку, інтернати та інші спеціальні медичні установи — медперсонал приймального покою, протягом лікування — кожні 7—10 днів та при виписці — медперсонал відділень.

8. Колективів, що формуються з оргнабору, переселенців, студентських загонів — перед виїздом до місця роботи та при поселенні — медпрацівники, що обслуговують названі контингенти за рішенням місцевих органів охорони здоров'я.

При проведенні оглядів на педикульоз реєстрацію людей, у яких він виявлений, здійснюють у журналі обліку та реєстрації інфекційних захворювань (ф. 060). Обліку підлягають особи, у яких при огляді вперше виявлені як життєздатні, так і нежиттєздатні воші в той же день з подальшим направленням екстреного повідомлення — (ф. 058) у відповідному порядку.

4. Профілактичні та винищувальні заходи

З метою попередження завошивленості та її поширення в сім'ї або колективі проводяться профілактичні, гігієнічні заходи, які передбачають: регулярне миття тіла — не менше 1 разу на 7—10 днів, зміну білизни в цей же термін або в міру забруднення з відповідним пранням, щоденне розчісування волосся, систематичне очищення верхнього одягу, головних уборів, постелі, дотримання чистоти.

При виявленні вошей на будь-якому ступені розвитку (яйце, личинка, доросла воша) дезінсекцію проводять одночасно, знищуючи воші безпосередньо як на голові, тілі людини, так і на його білизні, одязі та інше (протягом 1 доби).

Дезінсекцію завошивлених осіб проводять силами медперсоналу, що здійснює огляди, або спеціально виділеними для цієї мети особами:

- 1) у медичних установах — медперсоналом цих установ;
- 2) в організованих дитячих установах — медперсоналом цих установ.

229

Забороняється відмовляти у госпіталізації по основному захворюванні через педи-кульоз.

Допускається проведення обробки завошивленого вдома після вичерпного інструктажу щодо застосування педикулоцидів, правил техніки безпеки та особистої гігієни з подальшим контролем якості обробки дезпідрозділами.

Контроль якості дезобробки проводять дезпідрозділи санепідемстанцій або дез-станції до повної ліквідації осередків.

Особливу увагу слід звернути на осіб з "хронічних осередків" (неодноразова реєстрація педикульозу протягом року) та "тривало активних" осередків (протягом місяця педикульоз не ліквідовано).

Дезінсекційні заходи боротьби з вошами включають механічний, фізичний та хімічні методи боротьби.

Механічний метод звільнення від вошей та їх яєць проводиться шляхом вичісування гребенем, обстригання або гоління. Волосся збирається на папір і спалюється.

Перед вичісуванням волосся промивається теплим 5—10 % розчином столового оцту, голова зав'язується хусткою або рушником, експозиція 30 хв — 1 год. Після цього полегшується вичісування яєць вошей.

При хімічному методі боротьби використовуються такі засоби:

1. 0,15 % водна емульсія карбофосу (витрата препарату на 1 особу становить 10—50 мл; експозиція 20—30 хв).
2. 20 % водно-мильна суспензія (емульсія) бензилбензоату (10—30 мл; експозиція 20-30 хв).
3. 10 % водна мильно-гасова емульсія (10—50 мл; експозиція 30 хв — 1 год).
4. 50 % водна мильно-сольвентова емульсія (30—50 мл; експозиція 30 хв).
5. Лосьйон "Нітифор" (Угорщина) 50—60 мл, експозиція 40 хв.
6. Анти-Пі (Польща), 1 мл; експозиція 5 хв.
7. Препарат "Лонцид" (30—50 мл; експозиція 30 хв).

Крім того, пропонуються нові перспективні педикулоциди: локодин, педикулін, педикрин, нітилон, опофос, перфолон та ін.

При відсутності вищезгаданих засобів можна використовувати порошок піретруму (15 г при експозиції не менше 2 год).

Після обробки педикулоцидами волосся промивають столовим оцтом, потім проводять вичісування яєць вошей. Із фізичних методів обробки використовують чищення речей, обробку високою температурою (кип'ятіння, прогладжування або камерний спосіб обробки).

Завошивлену білизну кип'ятять у 2 % розчині кальцинованої соди протягом 15 хв, прасують з обох боків, звертаючи особливу увагу на шви, зборки, зморшки та ін. За епідеміологічними показаннями проводять камерну обробку постільних речей, згідно з відповідною інструкцією. Для обробки одягу застосовують переважно камерний спосіб.

При необхідності повторну обробку роблять через 7—12 тиж. При головному та платтяному педикульозі у вогнищах захворювань або в тих випадках, коли відсутні інші засоби, застосовують препарат бутадіон. При вживанні бутадіону кров людини набуває токсичних властивостей, які зберігаються протягом 14 днів. Бутадіон призначають:

- дорослим після їди по 0,15 г 4 рази на добу протягом 2 діб;
- дітям до 4 років застосування бутадіону заборонено;
- дітям від 4 до 7 років бутадіон призначають по 0,05 г 3 рази на добу протягом 2 діб;
- дітям від 8 до 10 років бутадіон призначають по 0,08 г 3 рази на добу протягом 2 діб;

230

— дітям старше 11 років бутадіон призначають по 0,12 г 3 рази на добу протягом 2 діб.

При виявленні завошивленості, окрім дезінсекції, проводять санітарну обробку людини, зміну натільної та постільної білизни, а також обробку контактних.

Обробка педикулоцидами дітей до 5 років, вагітних, матерів-годувальниць, людей з пошкодженою шкірою, тяжкохворих заборонена. У цих випадках доцільно використовувати механічний засіб звільнення від вошей.

9. Перелік протипедикульозних засобів з вказівками щодо їх виготовлення і застосування

1. Карбофос — застосовується у вигляді 0,15 % водної емульсії. Для виготовлення 1 л 0,15 % водної емульсії беруть 3 мл 50 % емульгуючого концентрату карбофосу і розводять його влі води кімнатної температури. Препарат діє на всіх стадіях розвитку вошей. Застосовується виключно медичними працівниками. Норма використання на обробку 10—50 мл, експозиція — 30 хв.

2. Бензилбензоат — застосовується у вигляді 20 % водно-мильної суспензії або 20 % емульсії. Для виготовлення 100 мл 20 % водно-мильної суспензії бензилбензоату беруть 2 мг мила (зеленого або господарського подрібненого), розводять в 78 мл теплої води, потім додають 20 мл бензилбензоату, ретельно розмішують. Отриману суспензію наносять на волосся. Використовується медичними працівниками, через аптечну мережу реалізується за рецептами. Норма використання на 1 обробку 10—30 мл, експозиція — 30 хв.

3. Водна мильно-гасова емульсія — застосовується у вигляді 10 % емульсії. Для її виготовлення до 50 г рідкого мила (або твердого, попередньо розтопленого на водяній бані) при постійному перемішуванні додається невеликими порціями 450 г гасу (можна хлорованого). Отриманий концентрат у кількості 100 г розчиняється в 900 мл теплої води. Норма використання на 1 обробку — 10—50 мл, експозиція — 30 хв, 1 год.

4. Мильно-сольвентова емульсія — використовується у вигляді 50 % емульсії, яка готується з рівних частин мильно-сольвентової пасти і води (50—60 %), при змішуванні яких утворюється однорідна маса. Необхідно проводити повторну обробку через 7—10 днів. Норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

5. Лосьйон "Нітифор" (Угорщина) — препарат фабричного виготовлення, норма використання на 1 обробку 30—50 мл, експозиція — 30 хв.

Спосіб застосування усіх вищезгаданих препаратів полягає в наступному: на волосся наносять необхідну кількість препарату (залежно від густоти та довжини волосся), зав'язують голову поліетиленовою хусткою і рушником, витримують відповідний час, згідно з інструкцією, промивають проточною водою з милом або шампунем. Після цього на волосся наносять теплий 5—10 % столовий оцет або оцтову кислоту, зав'язують поліетиленовою хусткою і рушником, витримують 30 хв, полощуть у проточній воді, після чого вичісують густим гребенем загиблі воші та їх яйця — гниди.

Наказ МОЗ України

"Про збір, збереження і здачу лому медичних виробів одноразового застосування з пластичних мас"

№ 223 від 03.06.98 р.

{Витяг}

Після використання виробу із пластичних мас підлягають негайній дезінфекції. Для цього їх необхідно повністю занурити в дезінфекційний розчин, попередньо пропустивши дезрозчин у кількості 5—10 мл через внутрішній канал (голки, сис-

231

теми), для усунення залишків крові, сироватки та інших рідин. Дезінфекція повинна проходити в маркованому посуді і зі щільно закритою кришкою протягом 1 год.

Після закінчення дезінфекції виробу підлягають деформації (голки ламаються, системи розрізаються) і, згідно з актами, здаються особам, що відповідають наказом по лікувальній установі за збір, збереження та здачу відпрацьованих виробів з пластичних мас.

Для дезінфекції придатні:

- 3 % розчин хлораміну;
- 0,5 % розчин сульфохлорантину;
- 0,5 % розчин хлорного вапна.

Правила стерилізації і дезінфекції виробів медичного призначення (з наказу МОЗ С РСР № 408 від 12.07.89 р.) "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране")

1. Дезінфекція виробів медичного призначення

1.1. Шприци, голки й інструментарій після використання їх для проведення маніпуляцій промивають від залишків крові, сироватки та інших рідин у спеціально виділеному посуді з дезінфекційним розчином (3 % розчин соди, 3 % розчин хлораміну).

1.2. Вироби медичного призначення кип'ятять у 3 % розчині соди (130,0 г соди і 970,0 г води) протягом 1,5 хв або в дистильованій воді — 30 хв. Після дезінфекції виробу ретельно миють під проточною водою.

1.3. Промивні води знезаражують кип'ятінням протягом 30 хв або засипають сухим хлорним вапном з розрахунку: 200 г сухого хлорного вапна на 1 л промивних вод, перемішують і залишають для знезаражування на 60 хв у посуді з кришкою.

2. Передстерилізаційне очищення

2.1. Передстерилізаційне очищення передбачає видалення з поверхні виробів білкових, жирових, механічних забруднень, а також залишків лікарських препаратів.

2.2. Після дезінфекції медичний інструментарій замочують у мийному розчині, підігрітому до 50 °С — на 15 хв, повністю занурюючи всі предмети. Для приготування 1 л мийного розчину необхідно взяти: 200 г 3 % перекису водню, 5 г мийного засобу ("Прогрес", "Айстра", "Лотос"), 795 г дистильованої води.

2.3. Через 15 хв у тому ж розчині щітками по черзі миють всі частини медінстру-ментарію, витрачаючи на кожен предмет 25—30 с.

2.4. Вимиті предмети прополіскують у проточній воді, потім протягом 30—40 с — у дистильованій воді.

2.5. Якість передстерилізаційного очищення виробів визначається: на наявність крові — шляхом постановки азопіранової або амідопіринової проби та фенолфталеї-нової — на наявність залишків лужних компонентів розчину.

2.6. Контролю підлягає 1 % одночасно оброблених виробів одного найменування, але не менше ^—5 одиниць.

2.7. Азопірамова проба: розчин готується з розрахунку: на 1 л спирту береться 200 г амідопірину, 3 г солянокислого анеліну. Зберігається протягом 3 міс. у темній склянці у темному місці. Перед пої тановкою проби з цього розчину готується робочий розчин (розчин і 3 % перекис вол ию змішують порівну). Цей розчин необхідно використати

232

протягом 1 год. Проба позитивна: від фіолетово-синього до буро-червоного забарвлення. На гарячій інструментарій проба не ставиться.

2.6. При позитивній пробі на кров або мийний засіб всю групу контрольованих виробів, з яких відбирався контроль, піддають повторній обробці до отримання негативного результату.

2.9. Медичний персонал зобов'язаний працювати в гумових рукавичках.

3. Стерилізація

3.1. Стерилізація забезпечує загибель вегетативних і спорових патогенних і непато-генних мікроорганізмів.

3.2. Стерилізації підлягають тільки сухі вироби. Стерилізацію проводять у сухожа-рових шафах за температури 180 °С протягом 60 хв.

Перелік дезінфекційних засобів, дозволених до застосування в Україні (за даними Державного реєстру дезінфекційних засобів від 01.01.09 р., чинного до 2014 р.)

Торговельна назва препарату	Форма випуску	Показання до застосування
<i>Дезінфекційні засоби</i>		
Хлорантоїн	Порошок	Дезінфекція виробів медичного призначення, білизни, посуду, іграшок, приміщень, санітарно-технічного обладнання
Біомий	Порошок	Передстерилізаційне очищення виробів медичного призначення
Деконекс 50 ФФ	Розчин у флаконах	Дезінфекція поверхонь, предметів обслуговування, інструментів, апаратури
Дезоформ	Розчин у флаконах	Дезінфекція виробів медичного призначення, у т. ч. гнучких ендоскопів, предметів догляду за хворими
Сайдекс	Розчин у каністрах	Дезінфекція виробів медичного призначення
<i>Антисептичні засоби</i>		
Декосепт	Розчин у флаконах	Антисептик для гігієнічного та хірургічного застосування
АХД 2000	Розчин у пляшках	Антисептичне оброблення шкіри рук
Хлоргексидин біглюконат	Розчин у флаконах	Хірургічне оброблення рук та операційного поля
<i>Протипедикульозні засоби</i>		
Локодин	Флакони	Знищення головних і лобкових вошей
Дезоцид	Флакони	Знищення головних і лобкових вошей
Пара Плюс	Аерозольний флакон	Знищення головних вошей, у т. ч. гнид
Спрагаль	Аерозольний флакон	Протискабіозний засіб
Нітифор	Лосьйон у флаконах	Знищення головних вошей
Педилін	Шампунь, емульсія	Знищення головних і лобкових вошей

233

Державний реєстр дезінфекційних засобів 2012 року (з 14.11.2011 до 2017 р.)
(Витяг)

Назва засобу	Об'єкт застосування
<i>Дезінфекційні засоби</i>	
"НЕОГЕН-СУПЕР"	Застосовується для поточної та заключної дезінфекції поверхонь, осередків інфекційних захворювань, дезінфекція, у тому числі суміщена з до стерилізаційним очищенням виробів медичного призначення з різних матеріалів, жорстких і гнучких ендоскопів та інструментів, знезараження крові і біологічних виділень в лікувально-профілактичних закладах, діагностичних і клінічних лабораторіях, на станціях і пунктах переливання та забору крові
"Септодор Форте"	Застосовується для поточної, заключної, профілактичної дезінфекції, проведення генеральних прибирань у лікувальних, лікувально-профілактичних для дезінфекції та суміщення дезінфекції з передстерилізаційним очищенням виробів медичного призначення тощо

Дезінфекційний засіб — шкірний антисептик "БіоЛонг"	Застосовують для дезінфекції рук хірургів, акушерів та медперсоналу, які зайняті у проведенні операцій та прийнятті пологів у закладах охорони здоров'я; дезінфекції рук медичного персоналу; для обробки шкіри пацієнтів перед інвазивними втручаннями, ліктьових згинів донорів; лабораторій різного підпорядкування
"Бріліант"	Призначений для проведення поточної та заключної дезінфекції у лікувально-профілактичних закладах різного профілю, у вогнищах інфекційних захворювань бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи респіраторні, ентеровірусні інфекції, гепатити та ВІЛ-інфекцію) та грибової (кандидо-зи, дерматомікози) етіології; для проведення профілактичної дезінфекції у лікувально-профілактичних, для дезінфекції, у тому числі суміщеної із передстерилізаційним очищенням ручним і механізованим способом і передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення (включаючи хірургічні і стоматологічні інструменти, жорсткі та гнучкі ендоскопи та інструменти до них) механізованим способом; для стерилізації виробів медичного призначення; для дезінфекції медичних відходів класів А і Б, включаючи біологічні виділення людини, та відходів із інфекційних відділень, включаючи харчові; для проведення генеральних прибирань у лікувально-профілактичних, для дезінфекції взуття при дерматомікозах

234

Назва засобу	Об'єкт застосування
"Бріліантовий Рай"	Призначений для дезінфекції поверхонь приміщень, медичних приладів, предметів догляду хворих, особистої гігієни, взуття з гуми і полімерів, прибирального інвентарю, гумових килимків при проведенні поточної та заключної дезінфекції у лікувально-профілактичних закладах (включаючи лікарні та лабораторії різного профілю) та у осередків інфекцій бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи поліомієліт, гепатити А, В і С, ВІЛ-інфекцію) та грибової (кандидози, дерматомікози) етіології; для дезінфекції об'єктів при проведенні профілактичної дезінфекції у ЛПЗ; для дезінфекції медичних відходів перед їх утилізацією в ЛПЗ; для передстерилізаційного очищення, у т. ч. суміщеного із дезінфекцією, виробів медичного призначення та для передстерилізаційного очищення ендоскопів та інструментів до них у ЛПЗ; для знезараження біологічних рідин; для знезараження виділень хворих на туберкульоз; для проведення генеральних прибирань у лікувально-профілактичних та інших закладах; для знезараження об'єктів, уражених пліснявими грибами
"Деласепт-гель"	Призначений для дезінфекції шкіри рук хірургів та медичного персоналу, який бере участь у проведенні оперативних втручань, у лікувально-профілактичних закладах; для гігієнічної обробки рук медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів
"Ахдез Ред"	Призначений для знезараження шкіри операційного поля пацієнтів у лікувально-профілактичних закладах різного профілю

Дезінфекційний засіб "Ахдез"	Призначений для обробки шкіри операційного та ін'єкційного поля пацієнтів, ліктьових згинів донорів у лікувально-профілактичних закладах, для обробки шкірних покривів пацієнтів перед проведенням пункцій суглобів і органів та введенням катетерів; для дезінфекції шкіри рук хірургів та медичного персоналу, який бере участь у проведенні оперативних втручань, у лікувально-профілактичних закладах; для гігієнічної обробки рук медичного персоналу; для знезараження гумових рукавичок на руках медичного персоналу під час роботи з потенційно інфікованим матеріалом (мікробіологічні, вірусологічні, клінічні, біохімічні тощо лабораторії), при проведенні ін'єкцій, при збиранні медичних відходів класу Б тощо
"Дезоксон-О"	Заклади охорони здоров'я, спортивні, оздоровчі, учбово-виховні, установи соціального захисту, пенітенціарної системи, підприємства харчопереробної, фармацевтичної, парфумерно-косметичної, мікробіологічної промисловості, заклади громадського харчування та торгівлі, об'єкти комунально-побутового призначення, транспорт

235

Назва засобу	Об'єкт застосування
Засіб для передстерилізаційного очищення "Панклін ЦП"	Засіб призначений для передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення з різних матеріалів (включаючи жорсткі й гнучкі ендоскопи, інструменти до них, поверхонь апаратів, приладів, предметів догляду за хворими, посуду, дитячих іграшок, проведення прибирань в закладах охорони здоров'я і лікувально-профілактичних закладах всіх профілів (включаючи акушерські стаціонари, відділення неонатології та відділення інтенсивної терапії для новонароджених, пологові будинки, палати новонароджених), дитячих установах, інфекційних вогнищах, інфекційних відділеннях, відділення хірургічного профілю, у гнійно-септичних відділеннях, маніпуляційних, відділеннях інтенсивної терапії і реанімації, клінічних та діагностичних лабораторіях, донорських пунктах та пунктах переливання крові
"Хлорактив"	Для дезінфекції поверхонь приміщень, твердих меблів, зовнішніх поверхонь обладнання та апаратури, білизни, предметів догляду хворих, іграшок (за винятком м'яких), посуду столового і лабораторного, предметів для миття посуду, прибирального інвентарю при проведенні поточної та заключної дезінфекції у лікувально-профілактичних закладах та у осередків інфекційних захворювань бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної (включаючи ентеровірусні інфекції, вірусні гепатити та ВІЛ-інфекцію) та грибової (кандидози, дерматомикози) етіології; для проведення профілактичної дезінфекції у лікувально-профілактичних закладах; для дезінфекції виробів медичного призначення, виготовлених із корозійностійких металів, гуми, скла, пластмас (за винятком ендоскопів та інструментів до них); для проведення генеральних прибирань у лікувально-профілактичних та дитячих закладах
"ПОЛДЕЗ"	Засіб дезінфекційний "ПОЛДЕЗ" призначений для дезінфекції в осередках інфекційних хвороб, закладах охорони здоров'я та оздоровчих, дошкільних, навчальних закладах

Дезінфекційний засіб "Аміноцид"	Засіб "Аміноцид" призначений для проведення поточної, заключної, профілактичної дезінфекції, проведення генеральних прибирань при інфекціях бактеріальної (включаючи туберкульоз), вірусної і грибкової (кандидози, дерматомікози) етіології, боротьби з пліснявою в закладах охорони здоров'я і лікувально-профілактичних закладах усіх профілів; хоспісах; для дезінфекції поверхонь у приміщеннях, предметів обстановки, медичних приладів, виробів медичного призначення одноразового використання перед їх утилізацією; для дезінфекції, суміщеної з передстерилізаційним очищенням виробів медичного призначення з різних матеріалів (включаючи жорсткі й гнучкі ендоскопи, інструменти до них), хірургічні, акушерсько-гінекологічні слиновідсмоктуючі установки
---------------------------------	---

Назва засобу	Об'єкт застосування
Засіб дезінфекційний "ДЕЗЕКОН"	Заклади охорони здоров'я, навчально-виховні, спортивно-оздоровчі, промислові підприємства, у т.ч. фармацевтичної, мікробіологічної, промисловості
Засіб дезінфекційний "МАКСИСАН"	Заклади охорони здоров'я, навчально-виховні, спортивно-оздоровчі, промислові підприємства, у т.ч. фармацевтичної, мікробіологічної, промисловості
Засіб дезінфекційний Лізоформін плюс (БузоГотгіп ріш)	Заклади охорони здоров'я, спортивно-оздоровчі заклади, заклади сфери відпочинку та розваг, дошкільні, навчально-виховні та навчальні заклади різних рівнів акредитації, установи соціального захисту, заклади мікробіологічної промисловості
Засіб дезінфекційний АХД 2000 гель (АГО 2000 §e1)	Заклади охорони здоров'я, спортивно-оздоровчі заклади, заклади сфери відпочинку та розваг, дошкільні, навчально-виховні та навчальні заклади різних рівнів акредитації, установи соціального захисту, підприємства фармацевтичної, хімічної, біотехнологічної, мікробіологічної
Засіб дезінфекційний АХД 2000 експресе (АГО 2000 ехргезз)	Заклади охорони здоров'я, спортивно-оздоровчі заклади, заклади сфери відпочинку та розваг, дошкільні, навчально-виховні та навчальні заклади різних рівнів акредитації, установи соціального захисту, підприємства фармацевтичної, хімічної, біотехнологічної, мікробіологічної
Засіб дезінфекційний Лізоформін 3000 (Бузо&гтіп 3000)	Заклади охорони здоров'я, спортивно-оздоровчі заклади, заклади сфери відпочинку та розваг, дошкільні, навчально-виховні та навчальні заклади різних рівнів акредитації, установи соціального захисту, підприємства фармацевтичної, хімічної, біотехнологічної, мікробіологічної промисловості
Протипедиккульозні засоби	
ХЕДРІНГ ЕКСТРА, лосьйон для знищення вошей та гнид /	Державна реєстрація, побутове призначення, реалізація через торговельну та аптечну мережу
"Пара Плюс/Para Ріш, спрей"	Засіб "Пара Плюс/Para Ріш, спрей" призначений для боротьби з головними вошами та гнидами у дорослих та дітей віком від двох років в умовах побуту

Наказ МОЗ України

"Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД"

№ 120 від 25.05.2000 р.

{Витяг}

2.5. Забезпечити:

організацію надання невідкладної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у всіх лікувально-профілактичних закладах;

усі лікувально-профілактичні заклади аптечками для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу;

237

уведення у всіх лікувально-профілактичних закладах форми облікової звітності № 108-01/1 "Журнал реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом".

Інструкція

з профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією (затверджено Наказом МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р.)

(Витяг)

Кожен, хто звертається за медичною допомогою, повинен розглядатися як потенційний носій вірусу імунodefіциту людини. Відповідно кожне робоче місце медичного працівника забезпечується засобами попередження передачі вірусу імунodefіциту людини від можливого вірусоносія або хворого на СНІД іншим пацієнтам, медичному і технічному персоналу.

1. Загальні положення

1.2. Робочі місця лікувально-профілактичних медичних закладів забезпечуються інструктивно-методичними документами, аптечками для проведення термінової профілактики при аварійних ситуаціях (додаток 1), необхідним набором медичного інструментарію для одноразового використання, дезінфекційними засобами для проведення знезараження.

1.3. Медичний інструментарій, а також посуд, білізна, апарати та ін. забруднені кров'ю, біологічними рідинами за винятком сечі, слини, випорожнення у зв'язку з невеликою кількістю вірусів, що практично унеможливує інфікування (надалі — біологічні рідини), та речі, які забруднені слизом, відразу після використання підлягають дезінфекції, згідно з вимогами нормативної документації. Режим знезараження аналогічний тим, які використовуються для профілактики знезараження вірусними гепатитами.

2. Профілактика при наданні медичної допомоги хворим, роботі з біоматеріалом

2.1. Медичні працівники зобов'язані бути обережними під час проведення маніпуляцій з ріжучим та колючим інструментом (голками, скальпелями, ножицями і т. ін.).

Для уникнення поранень після використання шприців голки з них не знімають до дезінфекції. Перед занурюванням шприца з голкою в дезрозчин виймають тільки поршень.

Бригади швидкої та невідкладної допомоги для збору використаних шприців забезпечуються ємкістю з матеріалу, який не проколюється.

2.2. З метою уникнення поранень забороняється використовувати для взяття крові та інших біологічних рідин скляні предмети з відбитими краями.

2.3. При маніпуляціях, які супроводжуються порушенням цілісності шкіри і слизових оболонок, при розтині трупів, проведенні лабораторних досліджень, обробці інструментарію і білизни, прибиранні і т. ін. медичні працівники та технічний персонал користуються засобами індивідуального захисту (хірургічними халатами, гумовими рукавичками, масками, а в разі потреби — захисним екраном, непромокальними фартухами, нарукавниками, окулярами). Ці дії дають змогу уникнути контакту шкіри та слизових оболонок працівника з кров'ю, тканинами, біологічними рідинами пацієнтів.

Перед надіванням гумових рукавичок шкіру біля нігтей слід обробити 5 % спиртовим розчином йоду.

2.4. Медичні працівники з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри рук, які неможливо закрити лейкопластиром або гумовими рукавичками, звіль-

238

няються на період захворювання від безпосереднього медичного обслуговування хворих і контакту з предметами догляду за ними.

2.6. Будь-які ємкості з кров'ю, іншими біологічними рідинами, біоматеріалами (тканинами, шматочками органів тощо) відразу на місці взяття щільно закриваються гумовими або пластмасовими корками.

2.7. У лікувальних закладах для забезпечення знезараження при випадковому витіканні рідини кров та інші біоматеріали транспортуються в штативах, покладених в контейнери, бікси або пенали, на дно яких укладається чотиришарова суха серветка.

2.8. Транспортування проб крові та інших біоматеріалів з лікувальних закладів до лабораторій, які розташовані за межами цих закладів, здійснюється тільки в контейнерах (біксах, пеналах), що

унеможливує випадкове або навмисне відкриття кришок під час їх перевезення (замок, пломбування, заклеювання місць з'єднання лейкопластирем). Ці контейнери після розвантаження обробляють дезрозчинами. Оптимальною є доставка в сумках-холодильниках.

2.9. Не допускається транспортування проб крові та інших біоматеріалів у картонних коробках, дерев'яних ящиках, поліетиленових пакетах.

2.10. Не допускається вкладання бланків направлень або іншої документації в контейнер чи бікс.

3. Профілактика при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біоматеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта

3.1. Якщо контакт з кров'ю, біологічними рідинами чи біоматеріалом супроводжувався порушенням цілісності шкіри (уколом, порізом), то потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею усередину;
- выдавити кров із рани;
- ушкоджене місце обробити одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 5 % настояюю йоду при порізах, 3 % розчином перекису водню);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70 % розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, надіти напальчник;
- при потребі продовжувати роботу, одягти нові гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво лікувально-профілактичного закладу про аварію для реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

3.2. У разі забруднення кров'ю, біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 3 % розчином перекису водню, 3 % розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом.

3.3. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на слизові оболонки:

- ротової порожнини — прополоскати 70 % розчином етилового спирту;
- порожнини носа — закапати 30 % розчином альбуциду;
- очі — промити водою (чистими руками), закапати 30 % розчином альбуциду. Для обробки носа і очей можна використовувати 0,05 % розчин перманганату калію.

3.4. Для зниження вірогідності професійного зараження ВІЛ-інфекцією:

- при підготовці до проведення маніпуляцій ВІЛ-інфікованому медичний персонал повинен переконатися в цілісності складу аптечки;

239

- здійснювати маніпуляції в присутності іншого спеціаліста, який може в разі риву гумової рукавички чи порізу продовжити виконання медичної маніпуляції;
- не терти руками слизові оболонки.

У разі попадання крові, біологічних рідин, біоматеріалу на халат, одяг:

- одяг зняти і замочити в одному з дезрозчинів;
- шкіру та інших ділянок тіла при їх забрудненні через одяг протерти 70 % розчином етилового спирту, а потім промити водою з милом і повторно протерти спиртом[^]
- забруднене взуття дворазово протерти ганчіркою, змоченою у розчині одного] дезінфекційних засобів.

4. Реєстрація аварій, нагляд за потерпілими та заходи до попередження професійного зараження

4.1. В усіх лікувально-профілактичних закладах ведеться форма 108-01/1 "Журви реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом" (додаток 2). Аварією слід вважати уколи, порізи, забрудненість слизових та шкірних покривів кров'ю та іншими біологічними рідинами.

Додаток 1

до пункту 1.2 Інструкції з профілактики внутрішньолікарняног та професійного зараження ВІЛ-інфекцією Склад аптечки для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному

персоналу лікувально-профілактичних закладів (далі — аптечка) Аптечкою укомплектовується кожний підрозділ лікувально-профілактичног закладу.

Склад аптечки:

- Напальчники із розрахунку 1—2 на кожного працівника;
- Лейкопластир — 1 котушка;
- Ножиці — 1 штука;
- Перманганат калію у наважках по 0,05—3 шт;

- Ємкість для розведення перманганату калію з маркіруванням на 1 літр;
 - Спирт етиловий 70 % 50 мл;
 - Тюбик-крапельниця з 30 % розчином альбуміду — 1—2 шт.;
 - 5 % спиртовий розчин йоду;
 - 3 % розчин перекису водню;
 - Рукавички гумові — 3 пари;
 - Наважки деззасобів:
- хлорамін 30,0 хлорцин 30,0 по 3 шт. кожної (зберігати окремо);
- Ємкість для розведення деззасобів — 1 шт.

240

Відповідно до вимог статті 40 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" та з метою методичного забезпечення діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби та закладів охорони здоров'я з питань застосування дезінфекційних засобів для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій **МОЗ України видано Наказ № 5£8_ від 21 вересня 2010 року "Про затвердження методичних рекомендацій "Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу"**

Витяг

1. Загальні положення

Методичні рекомендації призначені для співробітників закладів охорони здоров'я, а також санітарно-епідеміологічних і дезінфекційних станцій. **1.2. Визначення термінів** — **Антимікробний засіб** — засіб, який пригнічує життєдіяльність мікроорганізмів (дезінфектанти, антисептики, стерилізанти, хіміотерапевтичні засоби, що включають антибіотики, засоби, які очищують, консерванти).

— **Антисептики** — хімічні речовини мікробостатичної та мікробоцидної дії, що використовуються для профілактичної і терапевтичної антисептики інтактних та пошкоджених шкірних і слизових покривів, порожнин, ран.

— **Антисептик для рук** — засіб на основі спирту з додаванням або без додавання інших сполук, призначений для деконтамінації шкіри рук з метою переривання ланцюгу передачі інфекції.

— **Внутрішньолікарняна інфекція (ВЛІ)** — будь-яка клінічно виражена хвороба інфекційної природи, яка уражає пацієнта внаслідок перебування в стаціонарі або відвідування лікувальної установи, а також інфекції; які виникають у персоналу закладу охорони здоров'я в результаті їх професійної діяльності.

— **Гігієнічна антисептика рук** — це обробка рук шляхом втирання антисептика в шкіру рук для ліквідації транзитних мікроорганізмів.

— **Інвазивні втручання** — використання апаратів і пристроїв, що долають природні бар'єри організму, з якими збудник може проникнути безпосередньо в кров'яне русло, органи і системи організму хворого.

— **Звичайне миття рук** — процедура миття водою із звичайним (без протимікробної дії) милом.

— **Подразнюючий контактний дерматит (КД)** — неприємні відчуття та зміни стану шкіри, які можуть проявлятися в сухості шкіри, появі свербіжжю або печії, почервонінні, лущенні епідермісу та утворенні тріщин.

— **Резидентні мікроорганізми** — мікроорганізми, що постійно живуть та розмножуються на шкірі.

— **Спороутворюючі бактерії** — це бактерії, які мають здатність утворювати особливі структури, що вкриті щільною оболонкою, їх умовно називають спорами, вони високо *резистентні* до дії багатьох фізико-хімічних факторів.

— **Транзитні мікроорганізми** — мікроорганізми, які тимчасово потрапляють на поверхню шкіри людини при контакті з різними живими та неживими об'єктами.

242

— **Хірургічна антисептика рук** — це процедура втирання антимікробного засобу (антисептика) в шкіру рук (без застосування води) для ліквідації тран-зиторних мікроорганізмів та максимально можливого зниження кількості резистентних мікроорганізмів.

— **Хірургічне миття рук** — це процедура миття рук з використанням спеціального антимікробного засобу, для ліквідації транзиторних мікроорганізмів та максимально можливого зниження чисельності резистентних мікроорганізмів.

1.3. Гігієна рук передбачає хірургічну і гігієнічну обробку рук, просте миття і захист шкіри рук.

1.4. Для гігієни рук медичного персоналу використовують антисептичні засоби, які зареєстровані в Україні в установленому порядку.

2. Загальні вимоги

2.1. Персонал закладу охорони здоров'я слідкує за чистотою своїх рук. Рекомендується, щоб нігті були коротко підстрижені у рівень з кінчиками пальців, без покриття лаком та тріщин на поверхні нігтів, без накладних нігтів.

2.2. Перед обробкою рук знімаються браслети, годинники, каблучки.

2.3. Обладнання для гігієни рук наведено в *додатку 1*.

2.4. У приміщенні, де проводиться обробка рук, умивальник розташовують в легкодоступному місці, обладнують краном з холодною та гарячою водою та змішувачем, який бажано приводити в дію без доторкання рук, а струмінь води повинен бути спрямований прямо у сифон зливу для запобігання розбризкуванню води.

2.5. Біля умивальника доцільно встановити три дозатори:

— із засобом для антимікробної обробки рук;

— із рідким милом;

— із засобом для догляду за шкірою.

2.6. Рекомендуються дозатори із зручним для приведення в дію ліктем важелем, який ні в якому разі не можна захоплювати руками, а також не можна торкатися руками зливного отвору дозатора.

2.7. Кожне місце для миття рук за можливості обладнується дозаторами одноразових рушників, серветок та ємкістю для використаних засобів.

2.8. Не рекомендується висушування рук за допомогою електросушарок через неминуче завихрення повітря, в якому можуть бути забруднюючі частки, а також через недостатнє висихання рук.

2.9. Не слід доливати засіб в дозатори антисептиків, які не повністю випорожнені. Всі випорожнені ємкості необхідно заповнювати в асептичних умовах, щоб запобігти їх інфікуванню. Рекомендується використовувати одноразові ємкості.

2.10. Дозатори мийних засобів та засобів догляду за шкірою перед кожним новим заповненням рекомендується ретельно вимивати та дезінфікувати.

2.11. У закладах охорони здоров'я рекомендується мати декілька антисептиків для індивідуального вибору співробітниками з підвищеною

243

чутливістю шкіри; потрібно дотримуватися інструкції/методичних вказівок з використання засобу.

2.12. За відсутності централізованого водопостачання або наявності іншої проблеми з водою, відділення забезпечуються закритими ємкостями для води з кранами. В ємкості заливають переварену воду і замінюють її не рідше одного разу на добу. Перед наступним заповненням ємкості ретельно миються (за необхідності дезінфікуються), обполіскуються і висушуються.

Додаток 1

до розділу 2 методичних вказівок "Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу"

Обладнання для гігієни рук

Водопровідна вода.

Умивальник з холодною та гарячою водою та змішувачем, який бажано приводити в дію без доторкання рук.

Закриті ємкості з кранами для води, за наявності проблем з постачанням води.

Рідке мило з нейтральним значенням рН.

Спиртовий антисептик.

Антимікробний мийний засіб.

Засіб догляду за шкірою.

Нестерильні та стерильні одноразові рушники чи серветки.

Дозуючі пристрої для мийних та дезінфекційних засобів, засобів для догляду за шкірою, рушників чи серветок.

Ємкості для використаних рушників та серветок.

Рукавички гумові одноразові нестерильні та стерильні.

Рукавички гумові побутові.

3. Хірургічна обробка рук

Хірургічна обробка рук є важливою та відповідальною процедурою, яку проводять перед будь-яким хірургічним втручанням з метою запобігання інфікуванню хірургічної рани пацієнта та одночасного захисту персоналу від інфекцій, що передаються через кров або інші виділення організму хворого. Вона складається з кількох етапів згідно з *додатком 2*:

— звичайне миття рук;

— хірургічна антисептика рук, або їх миття з використанням спеціального антимікробного засобу;

— надягання хірургічних рукавичок;

— обробка рук після операції;

— догляд за шкірою рук.

3.1. Звичайне миття рук перед хірургічною обробкою рук **3.1.1.** Звичайне миття перед хірургічною обробкою рук проводиться заздалегідь у відділенні або шлюзовому приміщенні операційного блока, аль-

244

тернативно — у кімнаті для антисептичної обробки рук, у передопераційній перед першою операцією, у подальшому — за потребою.

Звичайне миття призначене виключно для механічного очищення рук, при цьому з рук усувається забруднення, піт, частково змиваються споруутворюючі бактерії, а також частково транзиторні мікроорганізми.

3.1.2. Для миття рук використовуються звичайне рідке, порошкове мило або мийний лосьйон з нейтральним значенням рН. Слід віддавати перевагу рідкому милу або мийному лосьйону. Використання мила в брусочках неприпустимо.

3.1.3. Не рекомендується використання щіток для обробки шкіри рук та передпліч. Тільки за наявності забруднення руки та нігті очистити за допомогою м'якої продезінфікованої щітки.

3.1.4. Ураховуючи високу кількість мікроорганізмів під нігтями рекомендується обов'язкова обробка піднігтьових зон. Для цього використовують спеціальні палички або м'які продезінфіковані щіточки, найкраще — одноразового використання.

3.1.5. Руки миють теплою водою. Гаряча вода призводить до знежирення та подразнення шкіри, оскільки посилює проникнення детергентів в епідерміс шкіри.

3.1.6. Техніка звичайного миття здійснюється таким чином:

— кисті рук та передпліччя змочуються водою, потім наноситься мийний засіб так, щоб він покривав усю поверхню кистей рук та передпліч. Руки з піднятими догори кінчиками пальців та передпліч, з низько опущеними ліктями треба мити біля однієї хвилини. Особливу увагу необхідно приділяти обробці піднігтьових зон, нігтів, білянігтьових валиків та міжпальцевих зон;

— після обробки мийним засобом руки ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовими рушниками чи серветками. Останньою серветкою закривають кран з водою.

3.2. Хірургічна антисептика рук

- 3.2.1.** Хірургічна антисептика рук проводиться із застосуванням різних спиртових антисептиків методом їх втирання в кисті рук та передпліччя, включаючи ліктьові згини.
- 3.2.2.** Втирання засобу здійснюють відповідно до розробленої стандартної процедури згідно з додатком 3.
- 3.2.3.** Антисептик наносять на руки порціями (1,5—3,0 мл), включаючи ліктьові згини і втирають у шкіру протягом часу, вказаного розробником. Перша порція антисептика наноситься тільки на сухі руки.
- 3.2.4.** Протягом всього часу втирання антисептика шкіра підтримується вологою від антисептика, тому кількість порцій засобу, який втирається, та його об'єм суворо не регламентуються.
- 3.2.5.** Під час процедури особливу увагу приділяють обробці кистей рук, яку проводять відповідно до стандартної методики згідно з додатком 4. Кожну стадію обробки повторюють не менше ніж 5 разів. При виконанні техніки

245

обробки рук враховується наявність так званих "критичних" ділянок рук, які недостатньо змочуються засобом: великі пальці, кінчики пальців, міжпальцеві зони, нігті, білянігтьові валики та піднігтьові зони. Найбільш ретельно обробляють поверхні великого пальця та кінчики пальців, оскільки на них зосереджена найбільша кількість бактерій.

3.2.6. Останню порцію антисептика втирають до його повного висихання.

3.2.7. Стерильні рукавички надягають тільки на сухі руки.

3.2.8. Після закінчення операції/процедури рукавички знімають, руки обробляють антисептиком протягом 2 x 30 с, а потім засобом для догляду за шкірою рук. Якщо на руки під рукавичками потрапила кров або інші виділення, ці забруднення попередньо знімають тампоном або серветкою, що змочені антисептиком, миють з мийним засобом. Потім ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовим рушником чи серветками. Після цього руки обробляють антисептиком 2 x 30 с.

3.3. Хірургічне миття рук

Хірургічне миття рук складається з двох фаз: 1-а фаза — звичайне миття і 2-а фаза — миття з використанням спеціального антимікробного засобу.

3.3.1. 1-а фаза — звичайне миття рук — проводиться у відповідності з п. 3.1.

3.3.2. Перед початком 2-ї фази хірургічного миття кисті рук, передпліччя та ліктьові згини змочують водою, за винятком тих засобів, які за вказівкою розробника наносять на сухі руки, а потім додають воду.

3.3.3. Антимікробний мийний засіб у кількості, що передбачена розробником, наносять на долоні та розподіляють по поверхні рук, включаючи ліктьові згини.

3.3.4. Кисті рук з направленими догори кінчиками пальців та передпліччя, з низько розташованими ліктями, обробляють засобом протягом терміну, який приписаний розробником даного засобу.

3.3.5. Протягом всього часу миття кисті рук та передпліччя змочують антимікробним мийним засобом, тому кількість засобу суворо не регламентується. Кисті рук весь час тримають догори.

3.3.6. Під час миття дотримуються послідовності дій відповідно до вказаної у додатках 3 та 4.

3.3.7. Після закінчення часу, відведеного на обробку рук антимікробним мийним засобом, руки ретельно обполіскують водою. При обполіскуванні вода повинна весь час протікати в одному напрямку: від кінчиків пальців до ліктів. На руках не повинно бути залишку антимікробного мийного засобу.

3.3.8. Руки висушують стерильним рушником або стерильними серветками з додержанням правил асептики, починаючи з кінчиків пальців.

3.3.9. Хірургічні стерильні рукавички надягають тільки на сухі руки.

3.3.10. Після операції/процедури рукавички знімають і проводять обробку рук антисептиком згідно з п. 3.2.8.

3.4. Якщо між операціями проходить не більше 60 хв, проводять тільки антисептичну хірургічну обробку рук.

Додаток 2

до розділу 3 методичних вказівок "Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу". Схема методів хірургічної обробки рук
Хірургічна обробка



Звичайне миття

Миття з антимікробним мийним засобом

Хірургічна антисептика

СТАДІЯ 1. Долоня до ліву тильну сторону пальцями	СТАДІЯ 2. Права долоня до долоні рук з перехрещени-зап'ястя	СТАДІЯ 3. Долоня до долоні рук, включаючи кисті та ліва долоня на	на ми
--	---	---	-------

праву тильну сторону кисті

247

СТАДІЯ 4. Зовнішня сторона пальців на протилежній долоні з перехрещеними пальцями

СТАДІЯ 5. Колоподібне втирання лівого великого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки

СТАДІЯ 6. Колоподібне втирання зімкнутих кінчиків пальців правої руки на лівій долоні та навпаки

4. Гігієнічна обробка рук

Гігієнічна обробка рук включає звичайне миття рук водою зі звичайним (не-антимікробним) милом та гігієнічну антисептику рук, тобто втирання спиртового антисептика, без застосування води, у шкіру рук з метою зниження числа мікроорганізмів, що знаходяться на них (схема методів наведена у *додатку 5*, вимоги до антимікробних засобів та спиртових антисептиків — у *додатку 6*).

Звичайне миття рук зі звичайним милом рекомендується проводити на початку і в кінці робочого дня, а також протягом дня у випадках "макроскопічно видимого забруднення рук", у тому числі виділеннями організму.

Стандартною процедурою упродовж робочого дня є антисептична обробка рук без застосування води, тобто втирання спиртового антисептика в шкіру рук.

4.1. Показання

4.1.1. Звичайне миття рук із застосуванням неантимікробного мийного засобу рекомендується проводити:

- на початку та в кінці робочого дня;
- перед приготуванням та роздачею їжі;
- у всіх випадках перед обробкою антисептиком, коли руки явно забруднені;
- при контакті зі збудниками ентеровірусних інфекцій у разі відсутності відповідних антивірусних засобів рекомендується механічне усунення вірусів при пролонгованому в часі (до 5 хв) митті рук;
- при контакті зі споровими мікроорганізмами — пролонговане в часі миття рук (щонайменше 2 хв) для механічного усунення спор;
- після користування туалетом;
- у всіх інших випадках за відсутності ризику інфікування або спеціальних вказівок.

4.1.2. Гігієнічну обробку рук із застосуванням спиртових антисептиків рекомендується проводити

248

Перед:

- входом в асептичні приміщення (передопераційну, стерилізаційні відділення, відділення реанімації, гемодіалізу та ін.);

- виконанням інвазійних втручань (установлення катетерів, проведення ін'єкцій, бронхоскопії, ендоскопії та ін.);
- діяльністю, при якій можливо інфікування об'єкта (наприклад, приготування інфузій, наповнення ємкостей розчинами та ін.);
- кожним прямим контактом з пацієнтами;
- переходом від інфікованої до неінфікованої ділянки тіла пацієнта;
- контактом із стерильним матеріалом та інструментарієм;
- застосуванням рукавичок. **Після:**
- контакту із забрудненими предметами, рідинами чи поверхнями (наприклад із системою збору сечі, забрудненою білизною, біосубстратами, виділеннями хворого та ін.);
- контакту з уже введеними дренажами, катетерами чи з місцем їх введення;
- кожного контакту з ранами;
- кожного контакту з пацієнтами;
- зняття рукавичок;
- користування туалетом;
- після чистки носа (при риніті є велика ймовірність наявності вірусної інфекції з наступним виділенням *5. аугеиз*).

4.1.3. Наведені показання не є остаточними. У ряді конкретних ситуацій персонал приймає самостійне рішення. Крім того, кожний заклад охорони здоров'я може розробити свій перелік показань, який включають у план профілактики ВЛІ, з урахуванням специфіки того чи іншого відділення.

4.2. Звичайне миття

4.2.1. Звичайне миття призначене виключно для механічної очистки рук, при цьому з рук усувається забруднення, піт, частково змиваються спороутворюючі бактерії, а також частково інші транзиторні мікроорганізми. Процедуру проводять згідно з пп. 3.1.2. — 3.1.5.

4.2.2. Техніка звичайного миття здійснюється таким чином:

— кисті рук змочують водою, потім наносять мийний засіб так, щоб він покривав усю поверхню кистей рук та зап'ястка. Руки миють близько 30 с. Особливу увагу приділяють обробці піднігтьових зон, нігтів, білянігтьових валиків та міжпальцевих зон;

— після обробки мийним засобом руки ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовими рушниками чи серветками. Останньою серветкою закривають кран з водою.

4.3. Гігієнічна антисептика

4.3.1. Стандартна методика втирання антисептика включає 6 стадій і представлена в *додатку 4*. Кожну стадію повторюють не менше 5 разів.

4.3.2. Антисептик у кількості не менше 3 мл вливають у заглиблення сухої долоні і енергійно втирають у шкіру рук та зап'ястка протягом 30 с.

249

4.3.3. Протягом усього часу втирання засобу шкіру підтримують вологою від антисептика, тому кількість порцій засобу, який втирається, суворо не регламентується. Останню порцію антисептика втирають до його повного висихання. Втирання рук не допускається.

4.3.4. При виконанні обробки рук ураховують наявність так званих "критичних" ділянок рук, які недостатньо змочуються антисептиком: великі пальці, кінчики пальців, міжпальцеві зони, нігті, білянігтьові валики та піднігтьові зони. Найбільш ретельно обробляють поверхні великого пальця та кінчики пальців, оскільки на них зосереджена найбільша кількість бактерій.

4.3.5. За наявності видимого забруднення рук його усувають серветкою, що змочена антисептиком, та миють руки з мийним засобом. Потім ретельно відмивають водою від мила та висушують одноразовим рушником чи серветками. Останньою серветкою закривають кран. Після цього руки обробляють антисептиком двічі по 30 с.

Додаток 5

до розділу 4 методичних вказівок "Хірургічна та гігієнічна обробка рук"

Схема методів гігієнічної обробки рук

Додаток 6

до розділу 4 методичних вказівок "Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу"

Вимоги до антимікробних засобів та спиртових антисептиків

1. Антимікробні та антисептичні спиртумісні засоби для втирання повинні відповідати таким вимогам:

- широкий спектр антимікробної дії по відношенню до транзиторної (гігієнічна обробка рук) та транзиторної і резистентної мікрофлори (хірургічна обробка рук);
- швидка дія, тобто тривалість процедури обробки рук повинна бути якомога коротша;

250

- пролонгована дія (після обробки шкіри рук антисептик повинен затримувати протягом певного часу розмноження та реактивацію резистентних мікроорганізмів (3 год) під медичними рукавичками);
- активність у присутності органічних субстратів;
- відсутність негативного впливу на шкіру;
- максимально низька дермальна резорбція;
- відсутність токсичної, алергенної побічної дії;
- відсутність системної мутагенної, канцерогенної та тератогенної дії;
- низька вірогідність розвитку резистентності мікроорганізмів;
- готовність до безпосереднього використання (не потребувати завчасної підготовки);
- прийнятна консистенція та запах;
- легке змивання зі шкіри рук (для мийних композицій);
- тривалий строк придатності.

2. Всі антимікробні засоби, незалежно від методу їх застосування, повинні мати активність по відношенню до транзиторних бактерій (за виключенням мікобактерій), грибів роду *Saprophyta*, а також вірусів, які мають оболонку.

3. Засоби, які застосовуються у фтизіатричних, дерматологічних, інфекційних відділеннях, повинні бути додатково досліджені в тестах з *Mycobacterium tuberculosis* (туберкулоцидна активність) для використання у фтизіатричних відділеннях, з *Aspergillus niger* (фунгіцидна активність) для використання в дерматологічних відділеннях, з *Poivovirus*, *Adenovirus* (віруліцидна активність) для використання в інфекційних відділеннях при потребі.

5. Використання медичних рукавичок

5.1. Використання рукавичок не дає абсолютної гарантії захисту пацієнтів та персоналу від збудників інфекції.

5.2. Використання медичних рукавичок захищає пацієнтів та медичний персонал від поширення транзиторної та резистентної мікрофлори безпосередньо через руки та опосередковано через контакти із забрудненими об'єктами оточення.

5.3. Для використання у медичній практиці рекомендується три типи рукавичок:

- *хірургічні* — використовуються при проведенні інвазивних втручань;
- *оглядові* — забезпечують захист медперсоналу при використанні багатьох медичних маніпуляцій;
- *побутові* — забезпечують захист медперсоналу при обробці обладнання, забруднених поверхонь, інструментарію, при роботі з відходами медичних закладів та ін.

5.4. Стерильні рукавички рекомендується використовувати **при:**

- усіх *хірургічних оперативних втручаннях*, для зниження частоти проколів рекомендується застосовувати дві надіті одна на одну рукавички. Верхню рукавичку замінити кожні 30 хв. протягом операції. Рекомендується також застосовувати рукавички з індикатором перфорації, в яких пошкодження ру-

251

кавички швидко призводить до видимої зміни забарвлення в місці **проколу**;

- *інвазивних маніпуляціях (внутрішньовенні інфузії, відбір біопроб для дост джень та ін.);*
- *установленні катетера або провідника через шкіру;*
- *маніпуляціях, пов'язаних з контактом стерильного інструментарію з інтактними слизовими оболонками (цистоскопія, катетеризація сечових міхура);*
- *вагінальному обстеженні;*
- *bronхоскопії, ендоскопії шлунково-кишкового тракту, санації трахеї;*
- *контакті з ендотрахеальними відсосами та трахеостомами.*

5.5. Нестерильні рукавички рекомендується використовувати **при:**

- *контакті зі шлангами апаратів штучного дихання;*
- *роботі з біологічним матеріалом від хворих;*
- *заборі крові;*
- *проведенні внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій;*
- *проведенні очистки устаткування та дезінфекції;*
- *видаленні секретів та блювоти.*

5.6. Вимоги до медичних рукавичок:

- для операцій: латексні, неопренові;
- для оглядів: латексні, тактилонові;
- при догляді за пацієнтом: латексні, поліетиленові, полівінілхлоридні;
- допускається використання рукавичок з тканини під гумовими;
- рукавички повинні бути відповідного розміру;
- рукавички повинні забезпечувати високу тактильну чутливість;
- містити мінімальну кількість антигенів (латекс, латекс-протеїни);
- при виборі медичних рукавичок рекомендується врахувати **можливий** алергічні реакції в анамнезі пацієнтів на матеріал, з якого виготовлено рукавички;
- для проведення передстерилізаційної очистки гострого медичного інструментарію необхідно використовувати рукавички з текстурованою зовнішньою поверхнею.

5.7. Одразу після використання медичні рукавички знімаються і занурюються в розчин дезінфектанту, безпосередньо в місці використання рукавичок.

5.8. Після знезараження рукавички одноразового використання підлягають утилізації.

5.9. Правила використання медичних рукавичок:

- використання медичних рукавичок не створює абсолютного захисту і не виключає дотримання техніки обробки рук, яка застосовується в кожному окремому випадку одразу після зняття рукавичок при загрозі інфікування;
- рукавички одноразового використання не припустимо використовувати повторно, нестерильні рукавички стерилізації не підлягають;
- рукавички треба замінювати одразу, якщо вони пошкоджені;

252

- не допускається миття або обробка рук в рукавичках між проведенням "чистих" і "брудних" маніпуляцій, навіть в одного пацієнта;
- не допускається пересування в рукавичках у відділенні(ях) стаціонару;
- перед надяганням рукавичок не можна використовувати засоби, які містять мінеральні олії, вазелін, ланолін тощо, бо вони можуть призвести до порушення міцності рукавичок.

5.10. Хімічний склад матеріалу рукавичок може викликати алергію миттєвого та сповільненого типу або контактний дерматит (КД). КД може з'явитися при застосуванні рукавичок з будь-якого матеріалу. Цьому сприяє: подовжене безперервне перебування в рукавичках (більше ніж 2 год), використання припудрених зсередини рукавичок, використання рукавичок при наявному подразненні шкіри, надягання рукавичок на вологі руки, занадто часте використання рукавичок протягом робочого дня.

5.11. Помилки, які часто виникають при використанні рукавичок:

- використання медичних одноразових рукавичок при роботі у харчоблоці. У цих випадках слід віддавати перевагу рукавичкам багаторазового використання (побутовим);
- неправильне зберігання рукавичок (на сонці, при низьких температурах, попадання на рукавички хімічних речовин тощо);

- натягування рукавичок на руки, які зволожені залишками антисептика (додаткове навантаження на шкіру та страх зміни матеріалу рукавичок);
- ігнорування необхідності проведення антисептичної обробки рук після зняття рукавичок при контакті з потенційно інфікованим матеріалом;
- застосування хірургічних рукавичок для асептичних робіт у той час, як для цього достатньо використання оглядових стерильних рукавичок;
- використання звичайних медичних рукавичок при роботі з цитостатиками (недостатній захист медперсоналу);
- недостатній догляд за шкірою рук після застосування рукавичок;
- відмова від рукавичок у ситуаціях, які на перший погляд здаються безпечними.

5.12. Вторинне використання одноразових рукавичок або їх дезінфекція забороняються.

Проведення гігієнічної антисептики рук в одноразових рукавичках допускається виключно в ситуаціях, які вимагають частої заміни рукавичок, наприклад, при заборі крові. У цих випадках рукавички не повинні мати проколів або бути забруднені кров'ю чи іншими виділеннями.

5.13. Знезаражування рукавичок проводять згідно з інструкцією фірми-виробника.

6. Переваги та недоліки методів обробки рук

6.1. Ефективність, практичне застосування та прийнятність обробки рук залежать від методу та супутніх умов обробки, які є в закладі охорони здоров'я.

6.2. Звичайне миття має низьку ефективність щодо усунення як транзитних, так і резистентних мікроорганізмів. При цьому мікроорганізми не гинуть, а з бризками води потрапляють на поверхню раковин, одяг персоналу, навколишні поверхні.

253

6.3. У процесі миття можливе вторинне забруднення рук мікроорганізмами з водопровідної води.

6.4. Звичайне миття негативно діє на шкіру рук, оскільки вода, особливо гаряча, та мийний засіб призводять до порушення поверхневого водно-жирового шару шкіри, що посилює проникнення детергенту в епідерміс. Часте миття з детергентом призводить до набряку шкіри, пошкодженню епітелію рогового шару, вимиванню жирів та природних вологоутримуючих факторів, що може привести до подразнення шкіри та викликати КД.

6.5. Гігієнічна антисептика рук має декілька практичних переваг, порівняно з миттям (табл. 1), що дозволяє рекомендувати її до широкого практичного застосування.

Переваги гігієнічної антисептики рук спиртовими антисептиками порівняно зі звичайним миттям

Показники	Гігієнічна антисептика	Звичайне миття
Наявність води	Не потрібно	Потрібно
Наявність умивальників	Не потрібно	Потрібно
Тривалість процедури	30с	30с — 2хв
Наявність рушників	Не потрібно	Потрібно
Можливе поширення мікроорганізмів в оточуючому середовищі	Неможливе	Можливе
Подразнення шкіри	Дуже рідко	Часто

6.6. До помилок гігієнічної антисептики слід віднести можливе втирання спиртового антисептика у вологі від антисептика руки, що знижує його ефективність та стерпність шкірою.

6.7. Економія антимікробного засобу та скорочення часу експозиції робить будь-який метод обробки рук неефективним.

7. Можливі негативні наслідки обробки рук та їх профілактика

7.1. При порушенні вимог інструкції/методичних вказівок щодо застосування засобів для обробки рук та при недбалому відношенні до профілактичного догляду за шкірою можуть виникати КД.

7.2. Причиною КД також можуть бути:

- часте застосування антимікробного мийного засобу;

- тривале застосування одного й того ж антимікробного мийного засобу;
- підвищена чутливість шкіри до хімічного складу засобів;
- наявність подразнення шкіри;
- занадто часте звичайне миття рук, особливо із застосуванням гарячої води та лужних мийних засобів, або засобів без пом'якшувальних добавок;
- подовжена робота в рукавичках;
- надягання рукавичок на вологі руки;
- відсутність в медичній установі обґрунтованої системи догляду за шкірою.

254

7.3. Для профілактики КД, окрім уникнення причин КД згідно з пп. 7.1 — 7.2, рекомендується виконувати наступні основні вимоги:

- забезпечувати персонал потенційно слабкими до подразнення шкіри рук і в той же час ефективними засобами для обробки рук;
- при підборі антимікробного засобу враховувати його індивідуальну прийнятність для шкіри, запах, консистенцію, колір, зручність застосування;
- у лікувальному закладі рекомендується мати декілька засобів з тим, щоб співробітники, які мають підвищену чутливість шкіри, мали можливість вибору засобу, прийняттого для себе;
- впроваджувати в практику антисептики, що виготовлені на основі спирту з різними пом'якшувальними добавками (властивості антисептиків на основі спирту). *Примітка:* Сучасні високоякісні антисептики містять різні пом'якшувальні добавки для догляду за шкірою рук. Чисті спирти при частому застосуванні підсушують шкіру рук;
- проводити обов'язковий періодичний інструктаж щодо застосування антимікробного засобу (доза, експозиція, техніка обробки, послідовність дій) та догляду за шкірою.

8. Догляд за шкірою рук

8.1. Догляд за шкірою рук є важливою умовою профілактики передачі збудників ВЛІ, тому що тільки неушкоджену шкіру можна ефективно обробити антимікробним засобом.

8.2. КД можна уникнути тільки за умови впровадження в закладі охорони здоров'я системи догляду за шкірою, оскільки при використанні будь-яких антимікробних засобів є потенційний ризик появи подразнення шкіри.

8.3. При виборі засобу догляду за шкірою враховується тип шкіри рук та наступні властивості засобу: здатність утримання нормального стану жирового мастила шкіри, вологи, рН на рівні 5,5, забезпечення регенерації шкіри, добру усмоктуваність, здатність засобу надавати шкірі еластичності.

8.4. Рекомендується застосовувати тип емульсії, протилежний емульсійній оболонці шкіри: емульсії типу М/В (масло/вода) повинні застосовуватись для жирної шкіри, а також при підвищеній температурі та вологості повітря; для сухої шкіри рекомендується застосовувати емульсії В/М (вода/масло), особливо при низькій температурі та вологості (табл. 2)

Таблиця 2. Вибір засобу догляду за шкірою залежно від її типу

Тип шкіри	Властива шкірі емульсійна	Засіб догляду за шкірою
Себостатична	М/В	В/М
Нормальна	М/В	М/В
Себорейна	В/М	М/В

8.5. При підборі засобів догляду за шкірою важливо враховувати їх сумісність з антимікробними засобами для обробки рук для запобігання негативній дії кремів чи лосьйонів на антимікробний ефект засобу.

255

8.6. Доцільно наносити на руки крем чи інший засіб декілька разів протягом робочого дня, ретельно втирати в шкіру сухих та чистих рук, особливу увагу приділяти обробці ділянок шкіри між пальцями та білянігтьових валиків.

Загальні заходи безпеки

Пам'ятайте: основний ризик зараження виникає при контакті з кров'ю та її продуктами.

1. Будьте особливо обережні з голками та гострим інструментарієм (мал. 10).
2. Повідомляйте про будь-які випадки, навіть незначні.
3. Накладайте на порізи та подряпини непромокальну пов'язку.
4. Одягайте захисний одяг — халати, одноразові рукавички та фартухи — при виконанні сестринських процедур.
5. Під час прибирання пролитих крові, сечі та калу одягайте халат, пласти-ковий фартух і рукавички. Продезінфікуйте це місце паперовими рушниками, змоченими в певному дезінфекційному розчині (30 хв).
6. Забруднені кров'ю білизну, матеріали одноразового використання, включно рукавички, фартухи, паперові рушники, вату та ін., необхідно відправити на спалювання в подвійних мішках, промаркованих наклейкою "Небезпека гепатиту — на спалювання".
7. Завжди мийте руки після контакту з пацієнтом.

256

Заходи безпеки

1. У кожному відділенні лікувального закладу має бути аптечка, до складу якої входить:

- 70 % розчин етилового спирту 100 мл;
- 5 % спиртовий розчин йоду;
- калію перманганат (розчин готують перед використанням);
- вода дистильована 10 мл;
- перев'язувальний матеріал (бинт, вата).

2. У разі потрапляння біологічної рідини:

а) на незахищену шкіру:

- вимити руки з милом;
- протерти руки тампоном, змоченим 70 % розчином етилового спирту;

б) в очі:

- промити очі проточною водою;
- закапати в очі 1 % розчин сульфацил-натрію (альбуцид) чи промити очі блідо-рожевим розчином калію перманганату в співвідношенні 1:10 000;

в) у ніс:

- промити носові ходи водою;
- закапати 1 % розчин протарголу;

г) у ротову порожнину:

- прополоскати рот проточною водою;
- прополоскати рот 70 % розчином етилового спирту чи рожевим розчином калію перманганату в співвідношенні 1:5000.

3. При проколюванні шкіри використаною голкою в разі порізу слід:

- промити місце травми водою з милом, не спиняючи кровотечу;
- 2 рази обробити місце травми 5 % спиртовим розчином йоду чи 70 % розчином етилового спирту. Після кожного оброблення дати антисептичному розчину висохнути;
- заклеїти місце проколу лейкопластиром чи накласти пов'язку. *Виконуючи будь-яку маніпуляцію за допомогою колючих чи ріжучих предметів*

(голка, скальпель, лезо), користуватися ними слід обережно.

Бар'єрами, що запобігають передачі ВІЛ та вірусу гепатиту В, є рукавички, халати, маски і захисні окуляри.

Правила користування захисним одягом

Халати і фартухи. На сьогодні загальносвітовою тенденцією є використання одноразових медичного одягу і білизни із нетканого багат шарового матеріалу нового покоління — СМС. Матеріал СМС складається із трьох шарів: шару спанбонда, шару мельтблауна і ще одного шару спанбонда. Матеріал СМС забезпечує надійний захист медперсоналу, особливо під час роботи з ВІЛ-інфікованими, хворими на гепатит В, С тощо.

Основне призначення халатів, костюмів і водонепроникних фартухів (за винятком операційних, де стерильні халати надягають для захисту хворих) —

виключити можливість потрапляння збудника інфекції на одяг і шкіру медичного персоналу. Фартухи використовують тільки за значного забруднення одягу або шкіри виділеннями хворого.

Суворо забороняється прати халати вдома!

Використання медичних рукавичок. Використання рукавичок (мал. 11) не дає абсолютної гарантії захисту пацієнтів та персоналу від збудників інфекції. Вони захищають пацієнтів та медичний персонал від поширення транзитної і резистентної мікрофлори безпосередньо через руки та опосередковано через контакти із забрудненими об'єктами оточення. У медичній практиці рекомендується використовувати три типи рукавичок:

— *хірургічні* — при проведенні інвазивних втручань;

— *оглядові* — забезпечують захист медперсоналу при виконанні багатьох медичних маніпуляцій;

— *побутові* — забезпечують захист медперсоналу під час оброблення обладнання, забруднених поверхонь, інструментарію, під час роботи з відходами та ін.

Стерильні рукавички рекомендується використовувати при:

— усіх хірургічних оперативних втручаннях; для зниження частоти проколів рекомендується застосовувати дві надіті одна на одну рукавички, верхню рукавичку замінювати кожні 30 хв протягом операції; рекомендується також застосовувати рукавички з індикатором перфорації

— пошкодження рукавички швидко проявляється видимою зміною забарвлення в місці проколу;

— інвазивних маніпуляціях (внутрішньовенні інфузії, відбір біопроб для досліджень та ін.);

— установленні катетера або провідника через шкіру;

— маніпуляціях, пов'язаних із контактом стерильного інструментарію з інтактними слизовими оболонками (цистоскопія, катетеризація сечового міхура);

258

— піхвовому дослідженні;

— бронхоскопії, ендоскопії травного тракту, санації трахеї;

— контакті з ендотрахеальними відсосами і трахеостомами. *Нестерильні рукавички* рекомендується використовувати при:

— контакті зі шлангами апаратів штучної вентиляції легень;

— роботі з біологічним матеріалом хворих;

— узятті крові;

— проведенні внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін'єкцій;

— очищенні устаткування та дезінфекції;

— видаленні секретів та блювоти. *Вимоги до медичних рукавичок:*

— для операцій: латексні, неопренові;

— для оглядів: латексні, тактилонові;

— при догляді за пацієнтом: латексні, поліетиленові, полівінілхлоридні;

— допускається використання рукавичок із тканини під гумовими;

— рукавички мають бути відповідного розміру;

— рукавички мають забезпечувати високу тактильну чутливість;

— рукавички мають містити мінімальну кількість антигенів (латекс, латекс-протеїни);

— при виборі медичних рукавичок рекомендується врахувати можливі алергічні реакції в анамнезі пацієнтів на матеріал, з якого виготовлено рукавички;

— для проведення передстерилізаційного очищення гострого медичного інструментарію необхідно використовувати рукавички з текстурованою зовнішньою поверхнею.

Одразу після використання медичні рукавички знімають і занурюють у розчин дезінфектанту.

Після знезаражування рукавички одноразового використання підлягають утилізації.

Правила використання медичних рукавичок:

- медичні рукавички не забезпечують абсолютний захист, їх використання не виключає дотримання техніки оброблення рук, яку застосовують у кожному окремому випадку одразу після зняття рукавичок у разі загрози інфікування;
- рукавички одноразового використання не припустимо застосовувати повторно, нестерильні рукавички стерилізації не підлягають;
- пошкоджені рукавички треба замінювати одразу;
- не допускається миття або оброблення рук у рукавичках між проведенням "чистих" і "брудних" маніпуляцій, навіть в одного пацієнта;
- не допускається пересування в рукавичках у відділенні(ях) стаціонару;
- перед одяганням рукавичок не можна використовувати засоби, які містять мінеральні олії, вазелін, ланолін тощо, бо вони можуть призвести до порушення міцності рукавичок.

259

Хімічний склад матеріалу рукавичок може спричинити алергію миттєвого та сповільненого типу або контактний дерматит (КД). КД може з'явитися при застосуванні рукавичок з будь-якого матеріалу. Цьому сприяє: подовжене безперервне перебування в рукавичках (**більше ніж 2 год**), використання припудрених зсередини рукавичок, використання рукавичок за наявного подразнення шкіри, надягання рукавичок на вологі руки, занадто часте застосування рукавичок протягом робочого дня (щодо можливих негативних наслідків оброблення рук та їх профілактики — див. наказ № 798, розділ 7).

Помилки, яких часто припускаються при використанні рукавичок:

- використання медичних одноразових рукавичок при роботі у харчоблоці. У цих випадках слід віддавати перевагу рукавичкам багаторазового використання (побутовим);
- неправильне зберігання рукавичок (на сонці, за низьких температур; потрапляння на рукавички хімічних речовин тощо);
- натягування рукавичок на руки, зволожені залишками антисептика (додаткове навантаження на шкіру);
- ігнорування необхідності проведення антисептичного оброблення рук після зняття рукавичок при контакті з потенційно інфікованим матеріалом;
- застосування хірургічних рукавичок для асептичних робіт у той час, як для цього достатньо використати оглядові стерильні рукавички;
- використання звичайних медичних рукавичок при роботі з цитостатиками (недостатній захист медперсоналу);
- недостатній догляд за шкірою рук після застосування рукавичок;
- відмова від рукавичок у ситуаціях, які на перший погляд здаються безпечними.

Вторинне використання одноразових рукавичок або їх дезінфекція забороняються!

Проведення гігієнічної антисептики рук в одноразових рукавичках допускається виключно в ситуаціях, які вимагають частої заміни рукавичок, наприклад при взятті крові. У цих випадках рукавички мають бути цілими, без проколів або бути забрудненими кров'ю чи іншими виділеннями.

Знезаражування рукавичок проводять згідно з інструкцією фірми-виробника.

Захисні медичні маски для обличчя запобігають зараженню повітряно-крапельним шляхом, а також забезпечують профілактику потрапляння в рот і ніс рідких чи пилоподібних субстанцій організму пацієнта (забезпечують мінімальний захист від мікроорганізмів — близько 10 %). Маски необхідно змінювати після закінчення терміну захисної дії (через 2 год). У разі зволоження маски повітрям, що видихається, її слід замінити раніше. Не можна опускати використану маску на шию. Усі маски мають повністю закривати рот і ніс. Маски одноразового використання не слід застосовувати повторно.

Захисні окуляри і щитки для обличчя захищають очі, рот, ніс від потрапляння в них крові й інших біологічних рідин хворого (мал. 12).

260

Змінне взуття медичної сестри має бути м'яким, легким, виготовленим зі шкіри чи шкірозамінника (за потреби можна обробити деззасобом) та закривати пальці.

Підготовка білизни та перев'язувального матеріалу до стерилізації

Перед стерилізацією медична сестра перевіряє цілість операційної білизни і складає її в бікси.

Під час операції користуються медичними халатами, що застібуються або зав'язуються ззаду, простирадлами, рушниками, шапочками, масками та бахіл-ами. Халати складають поздовж, рукавами всередину. Потім від нижнього краю (подолу) до коміра його скручують у рулон. При надяганні халат беруть за комір і піднімають вгору: він сам розкручується. При складанні простирадла край підгортають на 50 см, складають простирадло поздовж учетверо і нещільно скручують, починаючи з непідгорнутого кінця. Рушники та великі серветки (мал. 13, 14) також складають учетверо. Маски виготовляють із чотирьох і більше шарів марлі чи бавовняної тканини. Маски запобігають прямому інфікуванню операційної рани слиною, що може потрапити в повітря при розмові, кашлі, чханні.

Основними видами перев'язувального матеріалу, який застосовують при операціях і перев'язуваннях, є гігроскопічна марля і вата. Із марлі виготовляють кульки, серветки, тампони, турунди.

261

Перев'язувальний матеріал виготовляють на спеціальному столі чистими руками.

При виготовленні з марлі перев'язувального матеріалу необхідно стежити, щоб краї марлі були загорнуті досередини (для запобігання потраплянню ниток у рану). Кульки виготовляють зі шматочків марлі розмірами 10х10 см. їх складають і, обережно обгортаючи навколо вказівного пальця, утворюють кульку, у середину якої заправляють вільні кінці марлі (мал. 15). Кульки зберігають у марлевих мішечках по 50 штук. Серветки виготовляють трьох розмірів: *великі* (60х40 см), *середні* (40х30 см) і *малі* (20х15 см). Краї нарізаної марлі загортають досередини, складають навпіл по довжині і ширині та зав'язують по 10 штук стрічкою з марлі.

Тампони виготовляють зі шматка марлі завдовжки 5 м, який складають удвоє, потім розрізають упоперек на шматки завдовжки по 20, 30, 50 см. Краї тампона загинають досередини. Турунди виготовляють зі шматків марлі завдовжки 40—50 см та завширшки 5 см. Кінці бинта загортають досередини.

Складену смужку марлі в натягнутому вигляді протягують через край стола, після чого згортають у рулончик. Вату для стерилізації виготовляють у вигляді кульок, щільно намотаних на дерев'яні палички. їх загортають по 20—25 штук у марлю або у тканинні мішечки.

Заготовлений для стерилізації матеріал нещільно складають у бікси (мал. 16). Бікс — це кругла (КСК) або прямокутна (КСП) стерилізаційна коробка з отворами для проходження в них пари під час стерилізації.

262

У КСК отвори розміщені на бічній поверхні і закриваються рухомим пояском за допомогою затискального пристрою. Прямокутні бікси оснащені антибактеріальним фільтром, отвори розміщені на дні. Перед укладанням матеріалу в КСК його зсередини протирають серветкою, змоченою спиртом, застеляють шаром бавовняної тканини, нещільно укладають індикатор для контролю якості стерилізації. Зверху все покривають серветкою.

До ручки бікса прив'язують етикетку, на якій зазначають дату стерилізації, вид і кількість матеріалу, прізвище особи, яка проводила стерилізацію. Кришку бікса закривають та фіксують на ланцюжку. Після цього відкривають бічні отвори, через які під час стерилізації всередину бікса проникає пара. Розрізняють такі способи укладання матеріалу в бікс:

1) універсальний спосіб, при якому в бікс укладають усе, що знадобиться для роботи протягом одного робочого дня. Цей спосіб можна застосовувати лише в малих операційних або перев'язних;

- 2) видове укладання, при якому в бікс укладають тільки один вид матеріалу. Наприклад, в один бікс укладають тільки перев'язувальний матеріал, в інший — операційну білизну;
- 3) цілеспрямоване укладання: у бікс укладають усе, що знадобиться для виконання однієї операції.

Халати, рушники, простирадла вкладають у бікс вертикально, таким чином, щоб при вийманні стерильного матеріалу один предмет не перешкоджав діставанню іншого.

Перелік практичних навичок

1. Проведення санітарно-гігієнічного прибирання приміщень: палат, їдальні, перев'язної, ванної, туалету.

263

2. Санітарно-гігієнічний режим харчоблока, буфетної; роздавання їжі пацієнтам.
3. Приготування дезінфекційних розчинів із дотриманням правил техніки безпеки.
4. Дезінфекція предметів догляду за пацієнтом.
5. Передстерилізаційне очищення медичного інструментарію.
6. Контроль ефективності передстерилізаційного очищення інструментарію.
7. Стерилізація медичного інструментарію в сухожарових шафах і автоклавах.
8. Підготовка перев'язувального матеріалу.
9. Закладання матеріалу, білизни в бікс.
10. Користування стерильним біксом.
11. Оброблення рук (згідно з наказом МОЗ України № 798).
12. Знезаражування рук медичної сестри перед проведенням ін'єкції (згідно з наказом МОЗ України № 798).
13. Правила підготовки стерильного стола до роботи в маніпуляційному кабінеті.
14. Знімання використаних рукавичок, халата, маски.

Проведення санітарно-гігієнічного прибирання приміщень: палат, їдальні, перев'язувальної, ванної, туалету

Підготувати: ганчір'я, промаркований інвентар для прибирання, розчини хлораміну, 6 % розчин перекису водню, 2 % мильно-содовий розчин: 200 г мила, 200 г соди, 100 г води.

Послідовність дій

1. Вологе прибирання палат проводити щоденно 2 рази на день із застосуванням 1 % розчину хлораміну; у туберкульозних відділеннях — із застосуванням 2 % мильно-содового розчину:
 - ганчіркою, змоченою в цьому розчині, протерти підвіконня, каретки ліжок, тумбочки, батареї;
 - вимити підлогу в напрямку від вікон до дверей із застосуванням того самого розчину.
2. У процедурному кабінеті вологе прибирання проводити 2 рази на день із застосуванням 6 % розчину перекису водню та 0,5 % розчину мийного засобу ("Прогрес", "Лотос" та ін.); після вологого прибирання на 2 год увімкнути бактерицидний опромінювач.
3. У їдальнях вологе прибирання проводити 3 рази на день (щоразу після споживання їжі) з 1 % розчином хлораміну:
 - посуд вимити двічі за температури 45—50 °С з додаванням харчової соди або гірчиці, прополоскати окропом, висушити;
 - харчові відходи зберігати в закритих відрах;
 - у туберкульозних відділеннях (їдальнях) прибирання проводити з 5 % розчином хлораміну.
4. У ванних, клізмених кімнатах, туалетах прибирати декілька разів на день із застосуванням 1 % розчину хлораміну:

264

— ванни, раковини, унітази протирати двічі з інтервалом 15 хв ганчіркою, змоченою цим розчином;

— кушетки, клейонки протирати двічі з інтервалом 10 хв ганчіркою, змоченою цим розчином, після кожного хворого.

Примітка: весь інвентар для прибирання має бути промаркованим і застосовуватись виключно за призначенням.

Санітарно-гігієнічний режим харчоблока, буфетної; роздавання їжі пацієнтам

1. Медичні працівники харчоблока допускаються до роботи тільки після медогляду та заліку із санітарного мінімуму.
2. Роздавання їжі слід проводити не пізніше ніж через 2 год після приготування.
3. Категорично заборонено залишати у відділенні рештки їжі.
4. Весь інвентар для прибирання має бути позначений написом "буфетна".
5. Спеціальний одяг персоналу харчоблока слід використовувати згідно з підписом: "одержання їжі", "прибирання".
6. Мочалки і ганчірки, які застосовували для протирання столів і посуду, замочують і зберігають у спеціально відведеному місці.
7. Інвентар для прибирання замочують на 1 год в 1 % розчині хлораміну, промивають і висушують.
8. Медпрацівники харчоблока руки обробляють в 0,2 % розчині хлораміну впродовж 2 хв.
9. У відділенні їжу роздають буфетниця і палатна медична сестра відповідно до даних порційної вимоги.
10. Пацієнти, яким дозволено ходити, їдять в їдальні.
11. Пацієнтам, які перебувають на ліжковому режимі, буфетниця і палатна медична сестра доставляють їжу в палату на спеціальних столиках.
12. Молодшу медичну сестру, яка прибирає приміщення, до роздавання їжі не допускають.
13. Рештки їжі і брудний посуд біля ліжка пацієнта залишати не можна.

Приготування дезінфекційних розчинів з дотриманням правил техніки безпеки (10%, 1 %, 0,5% розчинів освітленого хлорного вапна; 1 %, 3 % розчинів хлораміну)

Підготувати: багатошарову маску, хлорамін, рукавички, дерев'яну паличку, посуд з темного скла, бирки з клейонки, хлорне вапно. *Послідовність дій*

1. Надягти халат, рукавички, маску.
2. 1 кг сухого хлорного вапна розчинити в 9 л води (хлорне вапно подрібнити).
3. Суміш відстоювати протягом 1 доби.

265

4. Надосадову рідину злити в темний посуд, закрити корком, прикріпити етикетку. Отриманий 10 % розчин освітленого хлорного вапна придатний до застосування впродовж 5 (7)—10 діб.

Примітка: готують маточний 10 % розчин хлорного вапна з урахуванням активного хлору. За середню кількість активного хлору в сухому хлорному вапні застосовують 25 %. При зменшенні вмісту активного хлору необхідно збільшувати кількість сухого препарату, як це вказано в таблиці:

Активний хлор, %	16	18	20	22	24	25	26	28	30
Кількість сухого хлорного вапна, г	1560	1380	1250	1140	1040	1000	960	890	830

Крім цього, для перерахування кількості сухого хлорного вапна для приготування 10 л 10 % освітленого розчину можна застосовувати формулу:

$$X = 25 \times 1000$$

де C — концентрація активного хлору в сухому препараті; 25 — середнє значення вмісту активного хлору в сухому препараті.

5. Для приготування робочих освітлених розчинів хлорного вапна необхідно користуватися таблицею:

Концентрація освітленого розчину, %	Необхідна кількість 10 % маточного освітленого розчину хлорного вапна в мілілітрах для приготування 10 л робочого розчину
-------------------------------------	---

0,1	100,0
0,2	200,0
0,5	500,0
1,0	1000,0
3,0	3000,0
5,0	5000,0

6. Розчин хлораміну готують безпосередньо перед застосуванням. Приготування робочих розчинів хлораміну:

Концентрація робочого розчину, %	Кількість хлораміну у грамах на	
	1 л розчину	10 л розчину
0,2	2,0	20,0
0,5	5,0	50,0
1,0	10,0	100,0

266

Концентрація робочого розчину, %	Кількість хлораміну у грамах на	
	1 л розчину	10 л розчину
2,0	20,0	200,0
3,0	30,0	300,0
5,0	50,0	500,0
10,0	100,0	1000,0

Примітка: на посуді з дезрозчином має бути етикетка із зазначеними назвою розчину, концентрацією, датою приготування, підписом медпрацівника, який готував розчин. Дезрозчин зберігають у недоступному для пацієнтів місці та окремо від лікарських засобів.

При потраплянні розчину на слизову оболонку змити його під проточною водою.

Дезінфекція предметів догляду за пацієнтом

Підготувати: необхідні дезінфекційні розчини. *Послідовність дій*

1. Медичні термометри занурити повністю або на 3/4 довжини в 1 % розчин хлораміну чи 3 % розчин перекису водню, потім прополоскати водою і зберігати в сухому вигляді.
2. Дерев'яні шпателі після використання знищити, металеві шпателі — кип'ятити впродовж 15 хв.
3. Щітки для миття рук, мочалки кип'ятити впродовж 15 хв.
4. Наконечники для клізм занурити на 30 хв в 1 % розчин хлораміну, потім кип'ятити 30 хв.
5. Гумові грілки, міхури протерти 3 % розчином хлораміну двічі з інтервалом 15 хв і зберігати в закритому посуді.
6. Підкладні судна, сечоприймачі замочити в 1 % розчині хлораміну на 1 год, потім промити під проточною водою.
7. Ножиці, бритвені прибори занурити в потрібний розчин повністю на 45 хв, відтак прополоскати і висушити.
8. Плювальниці занурити в 1 % розчин хлораміну на 1 год і промити під проточною водою або не рідше 1 разу на день мокротиння плювальниці вилити, плювальницю промивати гарячою водою і кип'ятити у 2 % розчині натрію гідрокарбонату протягом 15 хв.

Передстерилізаційне очищення медичного інструментарію

Мета: дезінфекція, видалення білкових жирових забруднень, залишків лікарських препаратів.

Підготувати: 3 % розчин хлораміну, дистильовану воду, мийний розчин, термометр для води.

267

Послідовність дій

1. Занурити інструментарій у розібраному вигляді відразу після використання в 3 % розчин хлораміну на 1 год.
2. Промити під проточною водою (30 с на кожен предмет).

3. Замочити вироби при повному занурюванні в мийний розчин за температури 50 °С на 15 хв.
4. Промити інструментарій у мийному розчині щіткою (30 с на один виріб).
5. Прополоскати інструментарій під проточною водою, потім — дистильованою.
6. Прокип'ятити інструментарій у дистильованій воді протягом 15 хв.
7. Просушити у повітряних стерилізаторах за температури 35 °С до зникнення вологи.

Примітка: для приготування 1 л мийного розчину необхідно взяти 5 г мийного засобу ("Лотос", або "Айстра", або "Прогрес"); 33 % розчин перекису водню — 20 мл і долити водою до 1 л. Мийний розчин використовують упродовж однієї доби (якщо не змінилося забарвлення); у випадку забарвлення розчину — приготувати новий. Мийний розчин допускається підігрівати не більше 6 разів на добу.

Контроль ефективності передстерилізаційного оброблення інструментарію

Підготувати: медичний інструментарій; чисті піпетки; гемотест, реактиви для проб, амідопіринової або азопірамової, фенолфталеїнової. *Послідовність дій*

1. Для перевірки наявності прихованої крові в чисту піпетку набрати де- і кілька крапель реактиву амідопіринової або азопірамової проби і нанести їх на поршень, у циліндр шприца, потім пропускати через голку.
2. Тією самою піпеткою нанести 1—2 краплі реактиву на будь-який контрольований виріб.
3. Поява синьо-фіолетового забарвлення говорить про наявність на контрольованих виробках залишків крові.
4. Для перевірки наявності мийних засобів на інструментарії набрати в другу піпетку декілька крапель реактиву фенолфталеїнової проби і нанести по 1—2 краплі на інструментарій.
5. Поява рожевого забарвлення свідчить про наявність на них залишків мийних засобів.
6. За наявності позитивної реакції інструментарій і шприци підлягають повторному обробленню.
7. Дослідження передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення за допомогою ТС "Гемотест-М" на приховану кров:

— методика дослідження така сама, як при проведенні азопірамової проби;

— оцінення результатів:

268

- тривала люмінесценція — наявність прихованої крові;
- безбарвний робочий розчин забарвлюється в блакитний колір — наявність слідів крові;
- інтенсивність та тривалість люмінесценції залежать від кількості крові на поверхні, яку перевіряють;
- результат позитивний — поява блакитного забарвлення тривалістю більше 5—10 с.

Примітка: для досягнення максимальної чутливості всі дослідження проводити в дещо затемненій кімнаті. Після перевірки, незалежно від її результатів, вироби промивають водою і повторюють їх передстерилізаційне очищення.

8. Утилізація шприців та медичного інструментарію одноразового використання (згідно з Наказом МОЗ України "Про збір, збереження і здачу лому медичних виробів одноразового застосування з пластичних мас" № 223 від 03.06.98 р.).

Після використання кожний шприц необхідно дезінфікувати розчинами дезінфекційних засобів: повністю занурити в дезінфекційний розчин після 2—3-разового промивання:

Назва засобу	Концентрація розчину	Час знезаражування, хв
Перекис водню	6 % (за АДВ)	60
Хлорамін	5 % (за препаратом)	60
Активованій розчин хлораміну	0,5 % (за препаратом)	60
Нейтральний гіпохлорид	1,5 % (за препаратом)	60

Після дезінфекції виробу одноразового використання з пластичного матеріалу необхідно деформувати і поділити на складові частини: поліпропілен: циліндр шприца, головка голки; поліетилен низького тиску: шток-поршень, ковпачок захисний.

Знезараження виробів одноразового використання запобігає можливості інфікування збудниками бактерійних та вірусних інфекцій, включаючи ВІЛ-інфекцію і гепатит В.

Стерилізація медичного інструментарію в сухожарових шафах та автоклавах

Показання: стерилізують увесь медичний інструментарій, який контактує під час роботи з кров'ю пацієнта.

Підготувати: інструментарій, бавовняну тканину, бікси, бирки, крафт-па-кети, індикатор стерильності.

269

Послідовність дій

1. Стерилізацію в сухожарових шафах проводити в крафт-пакетах або відкритим способом (на сітках):

- а) у крафт-пакет укласти медичний інструментарій і щільно запакувати;
- б) на упаковці вказати дату;
- в) упаковки вкласти в один шар на сітку, розмістивши зверху індикатор стерильності, і встановити сітку в сухожарову шафу;
- г) при стерилізації відкритим способом інструментарій вкласти в один шар на сітку, зверху розмістити індикатор стерильності (порошкоподібний альбуцид, аспірин, сахароза, тіосечовина, аскорбінова кислота, барбітал) і встановити сітку в шафу;
- г) режим стерилізації 180 °С — 1 год, 160 °С — 2,5 год;
- д) термін зберігання стерильного медінструментарію в крафт-пакетах — до 3 діб; при стерилізації відкритим способом інструментарій слід одразу використовувати у роботі.

2. Стерилізацію в автоклавах виконати в біксах, у м'яких упаковках з бавовняної тканини, у пергаментному папері:

- а) на кожну упаковку прикріпити бирку, на якій вказати: назву відділення, уміст упаковки, дату; всередину бікса (упаковки) покласти індикатор стерильності (порошкоподібна сірка, бензойна кислота, амідопірин);
- б) бікси і упаковки вкласти в автоклав (бікси — з відкритими шторками);
- в) режим стерилізації: 2 атм. за температури 132 °С — 20 хв, 1,5 атм. за температури 120 °С — 45 хв;
- г) термін зберігання простерилізованого матеріалу в біксах з фільтром — 20 діб, без фільтра та в інших упаковках — до 3 діб.

Підготовка перев'язувального матеріалу

Підготувати: бинти, марлю, вату, палички, ножиці. *Послідовність дій*

1. Підготовка марлевих кульок:

- а) нарізати марлю розміром 12x12 см;
- б) протилежні кінці марлевих заготовок підігнути до середини;
- в) утворену смужку обгорнути навколо нігтьової фаланги вказівного пальця "кулькою" і вільний кінець смужки заправити до його середини.

2. Підготовка марлевих серветок:

- а) марлеві заготовки нарізати у вигляді квадрата;
- б) краї марлевих заготовок загнути з усіх сторін усередину на 2 см, потім скласти всю заготовку навпіл загнутими кінцями всередину;
- в) кінці утвореної прямокутної смужки загнути всередину до її центральної частини;
- г) утворену заготовку скласти навпіл.

3. Підготовка тампонів (за розміром бувають: великі, середні, малі, турунди): а) марлю нарізати у вигляді прямокутників або вузької смужки (із бинта);

270

- б) краї заготовки загнути до середини з обох боків, потім усю заготовку скласти навпіл у тому самому напрямку.

4. Підготовка паличок дерев'яних або металевих; на одному кінці зробити насічки, на шорсткий кінець палички туго намотати вату, після використання паличку викинути.

Закладання матеріалу, білизни в бікс

Підготувати: білизну, перев'язувальний матеріал, індикатор стерильності, бавовняну тканину, бирки, 0,5 % розчин нашатирного спирту. *Послідовність дій*

1. Приготувати білизну і матеріал: білизну скласти у формі плоских пакетів, серветки, тампони скласти по 10—20 штук, кульки загорнути в марлеву серветку.
2. Перед закладкою бікси протерти зсередини серветкою, змоченою в 0,5 % розчині нашатирного спирту, відкрити шторки.
3. Бікси зсередини застелити бавовняною тканиною таким чином, щоб вона звисала на 2/3 висоти бікса.
4. Білизну закладати в бікси, розміщуючи її у вертикальному положенні "на ребрі", щоб між окремими предметами вільно проходила долоня.
5. Матеріал перев'язувальний укласти (у марлевих мішечках) згідно з нормами загрузки біксів та видом укладки (видовий, цільовий та універсальний):
 - а) секторально (для підтримки загального порядку при витягуванні матеріалу);
 - б) вертикально (тобто однорідний матеріал закладають стопкою перпендикулярно до кришки бікса, паралельно руху пари);
 - в) рихло.
6. У центральну частину бікса закласти індикатор стерильності; усе, що є в біксі, накрити бавовняною тканиною.
7. Бікс закрити, прикріпити бирку із зазначенням вмісту, дати і назви відділення.

Примітка. Закладання матеріалу і білизни в бікси буває двох видів: універсальним, коли в бікс кладуть усе необхідне для однієї операції, і спеціальним, коли упаковують один вид білизни.

Користування стерильним біксом

Підготувати: бікс, стерильний пінцет, маску. *Послідовність дій*

1. Бікс вважається стерильним, якщо його бічні шторки закриті.
2. Надіти маску, відкрити бікс.
3. За допомогою стерильного пінцета, не торкаючись зовнішніх країв бікса, витягти індикатор стерильності і переконатись у зміні його фізичних властивостей.

271

4. За допомогою стерильного пінцета вийняти з бікса необхідний матеріал (або білизну), бікс закрити.

5. Пінцет покласти у потрібний розчин.

6. Термін зберігання стерильності вмісту бікса — до 3 діб, якщо бікс відкритий — 1 доба.

Примітка: якщо матеріал або білизна в біксі після стерилізації сирі, стерильними вважати їх не можна.

Оброблення рук

Оснащення для гігієни рук

Водопровідна вода.

Умивальник із холодною та гарячою водою і змішувачем, який бажано приводити в дію без доторкання рук.

Закриті ємкості з кранами для води за наявності проблем з водопостачанням.

Рідке мило з нейтральним рН.

Спиртовий антисептик.

Антимікробний мийний засіб.

Засіб догляду за шкірою.

Нестерильні та стерильні одноразові рушники чи серветки.

Дозувальні пристрої для мийних та дезінфекційних засобів, засобів для догляду за шкірою, рушників чи серветок.

Ємкості для використаних рушників і серветок.

Техніка звичайного миття

Послідовність дій:

- 1) відкрити кран і відрегулювати температуру (35—40 °С) і струмінь води;
- 2) вимити з милом нижню третину лівого, а потім правого передпліччя (мал. 17, а), змити мило водою;
- 3) вимити з милом ліву кисть і міжпальцеві проміжки, потім праву кисть і міжпальцеві проміжки (мал. 17, б), змити мило водою;

272

- 4) вимити з милом нігтьові фаланги лівої, потім правої кисті (мал. 17, в); особливу увагу необхідно приділяти обробленню піднігтьових зон, нігтів, бі-лянігтьових валиків та міжпальцевих зон;
- 5) руки з піднятими догори кінчиками пальців та передпліччями, із низько опущеними ліктями мити протягом близько 1 хв (мал. 17, г);
- б) після оброблення мийним засобом руки ретельно відмити водою від мила; висушити одноразовими рушниками чи серветками; висушити спочатку ліву, потім праву руку, починаючи з кінчиків пальців (мал. 17, і);
- 7) закрити кран, не торкаючись його пальцями, лише серветкою. Втирання засобу здійснюють відповідно до розробленої стандартної процедури згідно з наказом МОЗ України № 798 (мал. 18).

Сучасні високоякісні антисептики містять різні пом'якшувальні добавки для догляду за шкірою рук. Чисті спирти за умови частого застосування підсушують шкіру рук.

273

Мал. 18. Втирання антисептика за стандартною методикою ИЧ1500: а — долоня до долоні, включаючи зап'ясток; б — права долоня — на тильну поверхню лівої кисті; в — ліва долоня — на тильну поверхню правої кисті; г — долоня до долоні, пальці однієї руки — у міжпальцевих проміжках іншої руки (пальці перехрещені); д — обертове тертя великих пальців (колоподібне втирання лівого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки); е — оброблення нігтьових фалангів пальців; ж — колоподібне втирання зімкнутих кінчиків пальців правої руки на лівій долоні та навпаки

Одягання і знімання медичного одягу

Одягання стерильного халата

Після оброблення рук операційна сестра першою переходить в операційну, де за допомогою операційної санітарки або іншої медичної сестри надягає стерильний халат.

Послідовність дій:

- 1) відкрити кришку бікса, використовуючи ножну педаль, при цьому утримувати кисті на рівні обличчя (мал. 19, а);

274

- 2) перевірити вид індикатора (див. мал. 19, а);
- 3) тримати лівою кистю халат за краї коміра на витягнутій руці так, щоб він не торкався навколишніх предметів і одягу, і розгорнути його по всій довжині (мал. 19, б), дотримувати обережності і не забруднювати ліву кисть, яка має бути прикрита халатом;
- 4) надягнути халат на праву витягнуту руку так, як показано на мал. 19, в;
- 5) правою рукою, на яку вже одягнутий стерильний халат, узяти за лівий край коміра в такий само спосіб (тобто права кисть має бути прикрита халатом) і надягнути його на ліву руку (г);
- б) витягнути обидві руки вперед і нагору (мал. 19, г);
- 7) попросити помічницю зав'язати тасьомки на халаті на спині (мал. 19, е);
- 8) зав'язати тасьомки на рукавах (мал. 19, д); 2—3 рази обернути обшлаг рукава, потім зав'язати тасьомки;
- 9) узяти пояс від халата і тримати його так, щоб помічниця могла взяти пояс за вільні кінці, не торкаючись халата (мал. 19, е) 1 ваших рук.

Після того як медична сестра надягла халат, вона надягає стерильні рукавички.

275

Одягання і знімання рукавичок

Стерильні рукавички одягають без сторонньої допомоги (мал. 20). **Запам'ятайте!** Якщо ви правша, то першою надягайте праву рукавичку, а знімайте ліву.

Послідовність дій при надяганні рукавичок:

- 1) перевірити рукавички щодо стерильності та цілості упаковки;
- 2) за допомогою помічника (санітарки) розрізати упаковку та дістати пакет із рукавичками;
- 3) розгорнути упаковання з рукавичками (можна покласти пакет на стіл або на стерильний лоток (мал. 20, а);
- 4) узяти рукавичку за одворот (манжет) лівою рукою так, щоб ваші пальці не торкалися внутрішньої поверхні рукавички;
- 5) зімкнути пальці правої руки й увести її в рукавичку (мал. 20, б);
- 6) розімкнути пальці правої руки і натягнути рукавичку на пальці (мал. 20, в), не порушуючи її одворота;
- 7) завести під одворот лівої рукавички II, III і IV пальці правої руки, уже одягненої в рукавичку, так, щоб I палець правої руки був спрямований у бік I пальця на лівій рукавичці (мал. 20, г);
- 8) тримати ліву рукавичку II, III, IV пальцями правої руки вертикально (мал. 20, г);
- 9) зімкнути пальці лівої руки й увести її в рукавичку;
- 10) розправити одворот спочатку на лівій рукавичці, натягнувши її на рукав, потім — на правій (мал. 20, д, е) за допомогою II і III пальців, підводячи їх під підгорнутий край рукавички.

Послідовність дій при зніманні рукавичок:

- 1) підхопити край правої рукавички II і III пальцями лівої руки і підтягнути його злегка нагору (мал. 21, а), зробивши одворот на рукавичці; звільнити руку і нижню третину передпліччя від халата (не торкаючись лівою рукавичкою поверхні халата і передпліччя!); зняти праву рукавичку і залиште її в лівій руці;
- 2) узяти піднятий край лівої рукавички I пальцем (із внутрішньої поверхні) та іншими — із зовнішньої (мал. 21, б);
- 3) зняти рукавичку, вивернувши її навиворіт, з лівої руки (мал. 21, в);
- 4) занурити використані рукавички в дезінфекційний розчин.

277

Послідовність дій:

- 1) зняти халат спочатку з однієї руки, торкаючись лише нижньої частини рукавів (мал. 22, а);
- 2) зняти халат з другої руки, торкаючись його ізсередини і вивертаючи навиворіт (мал. 22, б, в);
- 3) помістити халат у клейончастий мішок; халат одноразового використання помістити в дезрозчин, потім викинути.

Знімання маски

Послідовність дій:

- 1) розв'язати зав'язки нижніх кінців маски;
- 2) розв'язати зав'язки верхніх кінців маски (мал. 23, о);
- 3) зняти маску, торкаючись тільки зав'язок;
- 4) помістити маску одноразового використання у дезінфекційний розчин (мал. 23, б), потім викинути (маску багаторазового використання покласти в клейончастий мішок).

Знімання халата

Користуючись захисним одягом, правильно знімайте його, щоб не забруднити свої руки, одяг і навколишні предмети!

Правила підготовки стерильного стола до роботи в маніпуляційному кабінеті

Підготувати: стерильний бікс із білизною — простирадла (2 шт.), клейонка, пінцети (2 шт.), затискачі (цапки), 4, 7 % розчин етилового спирту. *Послідовність дій:*

- 1) відкрити стерильний бікс;
 - 2) знезаразити руки (гумові рукавички);
 - 3) за допомогою пінцета, зануреного на 3/4 довжини в дезінфекційний розчин, дістати з бікса індикатор стерильності і перевірити якість стерилізації;
 - 4) за допомогою пінцета, який був у дезрозчині, дістати з бікса 2 стерильних пінцети;
 - 5) за допомогою двох стерильних пінцетів із бікса дістати клейонку і накрити стіл. Клейонка потрібна для того, щоб простирадла не розстерилізува-лися, при контактi з вологим інструментарієм;
 - 6) за допомогою пінцетів дістати з бікса одне простирадло, розправити його на простягнутих руках у 2 шари і накрити маніпуляційний стіл (краї мають звисати на 20—30 см від його панелі з усіх боків);
 - 7) узяти друге простирадло і покласти його у 4 шари так, щоб передні краї простирадла звисали на 8—10 см від панелі стола і вільно відгорталися. Два шари верхнього простирадла мають бути згорнуті у валик (гармошкою) на дальньому краї стола. Це потрібно для того, щоб згодом закрити розкладений на столі інструментарій, лотки, перев'язувальний матеріал. Затискачі закріпити на кутах переднього краю верхнього шару простирадла, покриття на задніх кутах стола затиснути також двома затискачами так, щоб скріпити верхні та нижні шари.
- Отже, стерильний стіл накрито так: знизу — стерильний шар клейонки, 4 шари стерильних простирадл, зверху — 2 шари стерильного простирадла;
- 8) на стіл в окремому порядку і в кількості залежно від маніпуляції, операції розкласти інструментарій та інший необхідний матеріал;
 - 9) після накривання стерильного стола прикріпити етикетку, на якій зазначити дату, час накривання і поставити свій підпис;
 - 10) стерильний лоток накрити стерильною серветкою, складеною в 4 шари. Під два верхніх шари серветки покласти корнцанг або пінцет для роботи зі стерильним столом; якщо стерильний лоток використовуватимуть для виконання ін'єкцій, під верхній шар серветки покласти ватні кульки (марлеві кульки), під нижній — шприц із голкою.
- Примітка:* робочий пінцет має лежати на стерильному лотку, прикритий пелюшкою; використання стерильного стола допускається протягом 6 год, стерильного пінцета — 3 год.

279

Можливі проблеми пацієнта

План сестринського догляду Прізвище, ім'я та по батькові Відділення _____ № _____ палати

Дата	Проблема	Мета	Сестринські втручання
	Страх ВІЛ-інфікування і парентерального зараження гепатитом	У пацієнта не буде страху ВІЛ-інфікування і парентерального зараження гепатитом	Поговорити з пацієнтом про ВІЛ-інфекцію і парентеральний гепатит: способи передачі інфекції, клінічну картину, профілактику

280

ТИПИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ. I ПРИЙМАННЯ ПАЦІЄНТА ДО СТАЦІОНАРУ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- види режимів рухової активності;
- обладнання і функції приймального відділення;
- зміст діяльності сестринського персоналу в приймальному відділенні стаціонару;
- шляхи госпіталізації пацієнта у стаціонар;

- документацію, яка потрібна для приймання пацієнта до стаціонару;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: свербіж шкіри (див. сестринські втручання).

Уміти:

- переконати пацієнта в потребі дотримувати призначеного режиму фізичної активності;
- здійснити повне або часткове санітарне оброблення пацієнта;
- провести огляд і вжити відповідних заходів у разі виявлення педику-льозу;
- транспортувати пацієнта в лікувальне відділення (на каталці, кріслі-каталці, на руках, пішки).

Володіти навичками:

- оформлення титульного листа "Медичної карти стаціонарного хворо-го";
- оформлення "Статистичної карти пацієнта, що вибув зі стаціонару";
- реєстрації пацієнта в "Журналі обліку приймання хворих і відмов у госпіталізації";
- заповнення "Екстреного повідомлення в СЕС про інфекційне захворювання..." (ф. № 058/о).

Основні типи лікувально-профілактичних закладів

Для надання медичної допомоги населенню за Наказом МОЗ України № 385 від 28.10.02 р. "Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я" (витяг з Пояснення до Переліку закладів охорони здоров'я) створено широку мережу лікувально-профілактичних закладів як державної, так і приватної системи охорони здоров'я (схема 1).

287

1. Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та дільничні лікарні організуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів.

2. Пункт охорони здоров'я (здоровпункт) створюється на підприємствах, в установах, організаціях і входить до складу поліклініки або амбулаторії.

3. Амбулаторія — амбулаторно-поліклінічний заклад, що надає медичну допомогу хворим з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей; поліклініка — з багатьох лікарських спеціальностей. Амбулаторія і поліклініка можуть надавати медичну допомогу хворим і вдома.

4. Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини — лікувально-профілактичний заклад, який у межах своєї діяльності забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів із профілактики і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надає прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню кваліфіковану первинну лікувально-профілактичну допомогу, здійснює його диспансеризацію та моніторинг стану здоров'я.

5. Лікарня — лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, що надає стаціонарну медичну допомогу хворим з лікарських спеціальностей одного профілю, називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей — бага-топрофільною. Однопрофільні лікарняні заклади створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району), спеціалізовані — для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста в містах Києві, Севастополі). У своєму складі лі- I карня може мати поліклініку чи амбулаторію.

Лікарня, на яку покладено функції органу управління охороною здоров'я району, називається центральною районною лікарнею, міста — центральною міською лікарнею.

6. Територіальне медичне об'єднання — це комплекс лікувально-профілактичних та інших закладів, функціонально і організаційно пов'язаних між собою для інтеграції — ефективного використання трудових і матеріальних ресурсів з метою досягти найкращих остаточних результатів у наданні медичної допомоги населенню.

7. **Диспансери** — лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань і забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. Диспансери з чисельністю лікарів амбулаторного приймання менше 5 створюватись та функціонувати не можуть.

8. **Медико-санітарною частиною** називається міська поліклініка або міська лікарня з поліклінікою, призначені виключно для надання медичної допомоги **робітникам** промислових підприємств, будівельних організацій, підприємств

288

транспорту. До складу медико-санітарної частини можуть входити й інші заклади охорони здоров'я.

9. **Клінічним** є лікувально-профілактичний **заклад охорони здоров'я**, який не менше ніж на 50 % використовується для розташування структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії та ін.) вищих медичних навчальних закладів III — IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів і спільної роботи із забезпечення лікувально-діагностичного процесу, підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів та проведення і впровадження в практику медичних наукових досліджень.

10. **Лікувально-профілактичні заклади** (лікарні, пологові будинки та ін.), що входять до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядковані медичним науково-дослідним закладам, називаються **клініками**.

11. **Центрами** є лікувальні заклади або їхні структурні підрозділи, диспансери, пологові будинки та ін., які виконують функцію головного закладу з організації і надання медичної і медикаментозної допомоги закріпленому населенню. Заклад, який виконує функцію центру, як правило, зберігає свою назву згідно з переліком.

12. **Назва "міська лікарня швидкої медичної допомоги"** присвоюється тільки міській лікарні, яка використовується виключно для надання екстреної стаціонарної допомоги.

13. **Самостійні молочні кухні** можуть організовуватись за умови понад 12 тис. порцій молока і молочних сумішей на день.

14. **Лікарня "Хоспіс"** — лікувально-профілактичний заклад для надання медичної допомоги невилковним хворим, що функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб.

15. **Мережа й організаційна структура державної санітарно-епідеміологічної служби** центрального органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я встановлюються Головним державним санітарним лікарем України, інших державних органів — головними державними санітарними лікарями відповідних державних органів за погодженням з Головним державним санітарним лікарем України.

16. **Аптека** — заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

17. Аптека, на яку покладено організаційно-методичне керівництво аптеками району (міста), називається **центральною районною (міською) аптекою**.

Аптека, яка призначена для переважного забезпечення однієї або декількох лікарень, інших закладів охорони здоров'я, а також населення медикаментами і предметами медичного призначення, називається відповідно лікарняною або міжлікарняною аптекою.

Лікарня — лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим.

289

Ділянка лікарні ділиться на три зони: зона будинку, зона господарського I двору і захисна зелена зона. Лікувальна й господарська зони повинні мати I окремі в'їзди.

Лікарня складається з таких об'єктів:

1. Стаціонар зі спеціалізованими відділеннями і палатами.
2. Допоміжні відділення (рентгенівський кабінет, патологоанатомічне) і 1 лабораторії.
3. Аптеки.
4. Поліклініки.
5. Харчоблок.
6. Пральня.
7. Адміністративні та інші приміщення.

Лікарні призначені для постійного лікування і догляду за пацієнтами зі певними захворюваннями, наприклад хірургічними, терапевтичними, інфекційними, психотерапевтичними і т. д.

Стаціонар лікарні є найважливішим структурним підрозділом, куди при- і ймають пацієнтів, що вимагають складних сучасних методів діагностики і лікування.

Обладнання стаціонару будь-якого профілю включає палати для розміщення пацієнтів, господарські приміщення і санітарний вузол, спеціалізовані кабінети (процедурний, лікувально-діагностичний), а також ординаторську, сестринську кімнати, кабінет завідувача відділення.

Устаткування й оснащення палат відповідає профілю відділення і санітарним нормам. Розрізняють одномісні й багатомісні палати. У палаті є ліжка (звичайні або функціональні), приліжкові тумбочки, столики або стіл, стільці, шафа для одягу пацієнта, холодильник, умивальник. Ліжка ставлять головним кінцем до стіни на відстані одного метра між собою для зручності перекладання пацієнта з каталки або носилок на ліжко й догляду за ним. Зв'язок пацієнта з постом медичної сестри здійснюється за допомогою переговорного обладнання або світлової сигналізації. У спеціалізованих відділеннях стаціонару кожне ліжко забезпечене обладнанням для централізованої подачі кисню й іншою медичною апаратурою.

Освітлення палат відповідає санітарним нормам (СанПіН 5179-90). У денний час воно визначається світловим коефіцієнтом, який дорівнює відношенню площі вікон до площі підлоги, відповідно 1:5—1:6. У вечірній час палати освітлюються люмінесцентними лампами або лампами розжарювання. Крім загального освітлення є й індивідуальне. У нічний час палати освітлюються нічним світильником, який установлений у ніші біля дверей на висоті 0,3 м від підлоги (крім дитячих стаціонарів, де світильники встановлюються над дверними прорізами).

Вентиляція палат проводиться за допомогою припливно-витяжної системи каналів, а також фрамуг і кватирок, з розрахунку 25 м³ повітря на годину на одну людину. Концентрація вуглекислого газу в повітряному середовищі палати не повинна перевищувати 0,1 %, а відносна вологість повітря становить 30-45 %.

290

Температура повітря в палатах для дорослих не перевищує 20 °С, а для дітей — 22 °С. У відділенні є роздавальна і їдальня, що забезпечують одночасне приймання їжі 50 % пацієнтів.

Коридор відділення повинен забезпечити вільне пересування каталок, но-шів. Він служить додатковим резервуаром повітря в стаціонарі і має природне і штучне освітлення.

Санітарний вузол складається з декількох окремих приміщень, спеціально обладнаних і призначених для здійснення особистої гігієни пацієнта (ванна кімната, кімната для вмивання), сортування брудної білизни, зберігання чистої білизни, дезінфекції і зберігання суден і сечоприймачів, збирального інвентарю і спецодягу обслуговуючого персоналу. Інфекційні відділення лікарень мають бокси, напівбокси, звичайні палати і складаються з декількох окремих секцій, що забезпечують функціонування відділення при встановленні карантину в одній з них.

Функції приймального відділення

Поступаючи на стаціонарне лікування, усі пацієнти проходять через приймальне відділення.

Приймальне відділення є важливим лікувально-діагностичним відділенням лікарні. У ньому проводять прийом і реєстрацію хворих, огляд, об'єктивне дослідження та первинну діагностику, санітарне оброблення, транспортування хворих у приймальне відділення, здійснюють довідково-інформаційну роботу, за потреби надають невідкладну медичну допомогу. Для запобігання виникненню та поширенню внутрішньолікарняних інфекцій необхідно суворо дотримувати правил санітарно-протиепідемічного режиму.

Від грамотності та організованості дій медичного персоналу приймального відділення часто залежить успіх лікування хворого, а іноді і його життя.

Типи приймального відділення:

1) централізоване — це одне відділення зі складною структурою, створене у багатопрофільних неінфекційних лікарнях (особливо, коли відділення розташоване в одному корпусі);

2) децентралізоване — це відділення, створене на базі: а) інфекційного відділення; б) пологових будинків; в) дитячих відділень.

Основні функції приймального відділення лікарні:

1. Приймання та реєстрація пацієнтів.
2. Огляд, первинне дослідження та діагностика.
3. Санітарно-гігієнічне оброблення пацієнтів.
4. Надання кваліфікованої медичної допомоги.
5. Транспортування хворих у лікувальні відділення лікарні. До приймального відділення належать:

291

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ
І СТАЦІОНАРНИЙ І АМБУЛАТОРНИЙ І

І ТИП І

І ТИП

— І ЛІКАРНЯ І САНАТОРІЇ | ПОЛІКЛІНІКИ" | ЖІНОЧІ

І ХОСПИ І , І КОНСУЛЬТАЦІЇ | ~

І ШПИТАЛЬ | ФЕЛЬДШЕРСЬКО- АКУШЕРСЬКІ ПУНКТИ

~ | БУДИНКИ І І ЗДОРОВ'Я ПУНКТИ І

— І КЛІНІКА]

І ДИСПАНСЕРИ |-----

СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ

ДОПОМОГИ

МЕДИКО-САНІТАРНІ — ЧАСТИНИ

АМБУЛАТОРІЇ -----

Схема 1. Лікувально-профілактичні заклади

1) вестибюль, де пацієнт та його родичі очікують прийому. Тут мають бути гардероб, стіл для довідок, ще один стіл зі стільцями, дошка відомостей про правила внутрішнього розпорядку в лікарні, де вказано часи відвідувань, бесід з лікарем, номери телефонів для довідок, список продуктів харчування, які можна приносити хворому;

2) оглядові кімнати: кімната для огляду пацієнта лікарем; реєстратура, де медична сестра заповнює документи на пацієнта; боксована кімната (ізолятор), де приймають хворого з підозрою на інфекційне захворювання або з гарячкою невідомого генезу; кімната для консультацій фахівців; кімната, де проводять антропометричне дослідження;

3) санітарний пропускник: душові та ванні кімнати; кімната, де пацієнт переодягається в лікарняний одяг; кімнати, де проводять спеціальне санітарне оброблення хворих (гоління, боротьба з педикульозом, коростою тощо);

4) процедурні кабінети: маніпуляційний, де в разі потреби пацієнтові виконують різні ін'єкції; кабінет, де проводять промивання шлунка, катетеризацію сечового міхура, поставлення клізми;

5) діагностичні кабінети (загалом у великих стаціонарах), де здійснюють електрокардіографічні, лабораторні, рентгенологічні, ендоскопічні дослідження;
292

- б) кабінет чергового лікаря;
- 7) туалетна кімната (санвузол);
- 8) гардероб із камерою для зберігання одягу. Документи та коштовності описують і складають у сейф. Одяг пацієнта також описують у трьох примірниках квитанцій: один залишається в гардеробній, другий вклеюють в історію хвороби, третій видають пацієнтові на руки;
- 9) невеликі реанімаційне відділення, перев'язні, операційні і травматологічні пункти у великих лікарнях.

Організація госпіталізації пацієнтів до стаціонару

Шляхи госпіталізації пацієнтів до стаціонару

1. *За направленням дільничного лікаря* (так звана планова госпіталізація). Зазвичай таким чином у стаціонар поступають пацієнти з хронічними захворюваннями у стадії загострення або з гострими захворюваннями, такими як бронхіт, вогнищева пневмонія нетяжкого перебігу тощо. При госпіталізації вони мають докладну виписку з амбулаторної карти, де вказано клінічний діагноз та результати досліджень, а також направлення (ордер) на госпіталізацію.
2. *"Швидка допомога"*. Госпіталізують пацієнтів із гострими захворюваннями внутрішніх органів, що виникли раптово, такими як інфаркт міокарда, тяжкий гіпертонічний криз, гострий панкреатит, ниркова коліка, або із загостреннями хронічних захворювань внутрішніх органів. Це переважно хворі, що попередньо не обстежені.
3. *Самозвертання*. У деяких випадках пацієнти, які раптово відчули себе погано десь поблизу лікарні, звертаються до приймального відділення самостійно. За нагальної потреби їх одразу кладуть до стаціонару. В інших випадках пацієнтові надають допомогу, протягом декількох годин за ним спостерігає лікар і, якщо йому стає краще, відпускає додому. Якщо ж надана допомога була неефективною, госпіталізують.
4. *Транспортна госпіталізація*. Якщо при амбулаторному дослідженні в пацієнта виявили пневмонію з тяжким перебігом, а стаціонар, до якого терміново слід його госпіталізувати, на значній відстані, то дільничний лікар виписує ордер на госпіталізацію і викликає бригаду швидкої допомоги, яка спеціалізується на перевезенні тяжкохворих.

Організація госпіталізації. А. Реєстрація пацієнта. Порядок реєстрації визначається причиною госпіталізації до стаціонару та станом здоров'я.

1. На пацієнта, що поступив за направленням поліклініки, медична сестра приймального відділення одразу заповнює історію хвороби та реєструє її у різних журналах.
2. Заповнення документації на пацієнта, якого доставила машина швидкої допомоги або який звернувся самостійно, відбувається тільки після огляду

293

- б) кабінет чергового лікаря;
- 7) туалетна кімната (санвузол);
- 8) гардероб із камерою для зберігання одягу. Документи та коштовності описують і складають у сейф. Одяг пацієнта також описують у трьох примірниках квитанцій: один залишається в гардеробній, другий вклеюють в історію хвороби, третій видають пацієнтові на руки;
- 9) невеликі реанімаційне відділення, перев'язні, операційні і травматологічні пункти у великих лікарнях.

Організація госпіталізації пацієнтів до стаціонару

Шляхи госпіталізації пацієнтів до стаціонару

1. За направленням дільничного лікаря (так звана планова госпіталізація). Зазвичай таким чином у стаціонар поступають пацієнти з хронічними захворюваннями у стадії загострення або з гострими захворюваннями, такими як бронхіт, вогнищева пневмонія нетяжкого перебігу тощо. При госпіталізації вони мають докладну виписку з амбулаторної карти, де вказано клінічний діагноз та результати досліджень, а також направлення (ордер) на госпіталізацію.
2. "Швидка допомога". Госпіталізують пацієнтів із гострими захворюваннями внутрішніх органів, що виникли раптово, такими як інфаркт міокарда, тяжкий гіпертонічний криз, гострий панкреатит, ниркова коліка, або із загостреннями хронічних захворювань внутрішніх органів. Це переважно хворі, що попередньо не обстежені.
3. Самозвертання. У деяких випадках пацієнти, які раптово відчули себе погано десь поблизу лікарні, звертаються до приймального відділення самостійно. За нагальної потреби їх одразу кладуть до стаціонару. В інших випадках пацієнтові надають допомогу, протягом декількох годин за ним спостерігає лікар і, якщо йому стає краще, відпускає додому. Якщо ж надана допомога була неефективною, госпіталізують.
4. Транспортна госпіталізація. Якщо при амбулаторному дослідженні в пацієнта виявили пневмонію з тяжким перебігом, а стаціонар, до якого терміново слід його госпіталізувати, на значній відстані, то дільничний лікар виписує ордер на госпіталізацію і викликає бригаду швидкої допомоги, яка спеціалізується на перевезенні тяжкохворих.

Організація госпіталізації. А. Реєстрація пацієнта. Порядок реєстрації визначається причиною госпіталізації до стаціонару та станом здоров'я.

1. На пацієнта, що поступив за направленням поліклініки, медична сестра приймального відділення одразу заповнює історію хвороби та реєструє її у різних журналах.
2. Заповнення документації на пацієнта, якого доставила машина швидкої допомоги або який звернувся самостійно, відбувається тільки після огляду

293

черговим лікарем та встановлення ним попереднього діагнозу і вирішення питання щодо потреби в госпіталізації у певне відділення стаціонару.

- У цьому разі можливі такі два варіанти: а) пацієнта приймають у певне відділення лікарні; б) пацієнтові відмовляють у госпіталізації (що реєструється у спеціальному журналі) з таких причин: відсутність потреби в госпіталізації взагалі; якщо після надання допомоги стан пацієнта повністю нормалізувався (наприклад після гіпертонічного кризу); непрофільність хвороби (наприклад у лікарню, де відсутнє хірургічне відділення, машина швидкої допомоги привезла пацієнта з діагнозом гострого панкреатиту, у приймальному відділенні виявлено перфорацію виразки дванадцятипалої кишки; або до соматичної лікарні доставили пацієнта з діагнозом медикаментозної алергії, а у приймальному відділенні в нього виявлено кір або інше інфекційне захворювання). Якщо під час огляду пацієнта бригада швидкої допомоги ще не поїхала, вона має доставити його до профільної лікарні. Якщо поїхала, черговий лікар викликає бригаду швидкої допомоги, що спеціалізується на перевезенні таких хворих.
3. Існує певний порядок черговості госпіталізації при масовому поступленні пацієнтів до стаціонару. Спочатку приймають та реєструють тяжкохворих, потім хворих середнього ступеня тяжкості і в останню чергу приймають пацієнтів за направленням поліклініки.
 4. Пацієнту, що поступає до стаціонару в надто тяжкому стані або стані, який потребує реанімаційних заходів, спочатку надають відповідну допомогу, а вже потім його реєструють.
 5. Якщо в пацієнта, що поступає до стаціонару, у приймальному відділенні виявлено інфекційне захворювання, то тактика медичного персоналу має бути такою: до появи бригади швидкої допомоги його розміщують у бок-совану палату (ізолятор); чергова медична сестра приймального відділення заповнює "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне захворювання" (ф. № 058-о), яке негайно направляють до санепідемстанції.
 6. Якщо пацієнт, якого привезла до стаціонару машина швидкої допомоги, непритомний, реєстрація його відбувається зі слів осіб, що його супроводжують, або за наявними

документами. Якщо їх немає (наприклад пацієнта знайшли на вулиці без документів), у приймальному відділенні докладно описують його зовнішні дані та прикмети і ці відомості подають до міліції.

7. У приймальному відділенні медична сестра допомагає пацієнту роздягнутися і складає список його речей у трьох екземплярах, один із яких вклеює в історію хвороби на останню сторінку, другий вкладає в мішок із речами госпіталізованого, а третій віддає пацієнтові на руки. В оглядовій кімнаті медична сестра проводить антропометричне дослідження і записує результати в медичній карті стаціонарного хворого.

Антропометрія — сукупність методів визначення фізичного розвитку людини: зросту, маси тіла, окружності грудної клітки та живота, сили м'язів (динамометрія).

294

Зріст вимірюють за допомогою ростоміра. Це квадратна дерев'яна площина з вертикальною планкою із сантиметровими поділками. Уздовж планки ковзає планшетка з горизонтальним козирком. При вимірюванні зросту обстежуваний (без взуття) стає на площину ростоміра спиною до планки, торкаючись її п'ятами, сідницями, міжлопатковою ділянкою і потилицею. Голову розміщують так, щоб верхній край зовнішнього слухового ходу і кут ока розміщувалися на одній горизонтальній лінії. Планшетку, попередньо підняту вище голови обстежуваного, опускають на голову, а обстежуваному пропонують зійти з площини. За поділкою біля нижнього краю планшетки підраховують зріст у сантиметрах.

Зважування проводять на медичних терезах, правильно встановлених і добре відрегульованих. Зважують хворого за однакових умов — у натільній білизні, натще, після спорожнення сечового міхура і бажано кишок. Рухома платформа, на яку стає пацієнт, через систему важелів передає масу його тіла на рухоме коромисло з однієї чи двох планок з поділками (розмічених у кілограмах, грамах). У разі рівноваги коромисло встановлюється проти контрольного рівня. Терези врівноважують, і при закритому затворі коромисла пацієнт обережно стає на центральну частину площини. Якщо пацієнту важко стояти, то його садовлять на попередньо зважену табуретку, яку встановлюють на терезах. Для зважування відкривають затвор і важки пересувають від нульової поділки до вільного краю, до досягнення рівноваги. Коли рівновага настає, затвор опускають і записують показники. Результати фіксують у карті стаціонарного хворого. У відділенні пацієнтів зважують 1 раз на тиждень. Частіше (2 рази на тиждень, щодня) зважують пацієнтів із набряками, яким призначено сечогінну терапію, пацієнтів з ожирінням. Результати реєструють у температурному листку.

Окружність грудної клітки вимірюють сантиметровою стрічкою, яку накладають на оголену грудну клітку ззаду нижче кутів лопаток, а спереду — на рівні сосків (у жінок — по IV ребру). Руки обстежуваного опущені, дихання спокійне. Вимірювання проводять на висоті вдиху і після максимального видиху.

Окружність живота вимірюють для контролю за динамікою асцити. Роблять це вранці натще після дефекації і сечовипускання. М'яку сантиметрову стрічку розміщують на рівні III поперекового хребця ззаду і на рівні пупка — спереду.

Динамометрію проводять із використанням спеціальних пружинних, ртутних і гідравлічних приладів зі шкалою, що показує силу м'язів.

Санітарне оброблення пацієнта. У приймальному відділенні санітарне оброблення здійснюють за одно- або двопоточною системою. За однопоточною системою чоловіків і жінок миють почергово, за двопоточною є можливість одночасно проводити санітарне оброблення чоловіків і жінок, що скорочує термін перебування пацієнтів у приймальному відділенні. Вид санітарного оброблення (*повне, часткове*) визначає лікар приймального відділення. Керує санітарним обробленням і бере безпосередню участь у його проведенні медична сестра приймального відділення. В оглядовій кімнаті (при достатньому освітленні з використанням лупи) медична сестра проводить огляд шкіри і

295

одягу для виявлення педикульозу. На людині можуть паразитувати воші голови, одяжна і лобкова воші. Харчуються вони кров'ю. Одяжна воша живе в натільній білизні, а при більшій поширеності може селитися на верхньому одязі, взутті, постелі. Воша голови живе у волоссі голови, грудей, під пахвами, у бороді, вусах і бровах, лобкова — у волоссі лобка, але трапляється у волоссі грудей, бороди і брів. Яйця вошей — гниди — біло-жовтого кольору, овальної форми, ніби приклеєні до волосяного стрижня біля кореня волосся. Одяжні і воші голови поширюються, переповзаючи від однієї людини до іншої при тісному контакті. Шкода, завдана вошами, пов'язана з тими відчуттями, які виникають при висмоктуванні крові. На місці укусу формується щільна синювата папула, що свербить і пече. Через 3—4 доби папула зменшується, блідне, шезає. Однак унаслідок розчухів можуть виникнути екзема, нагноєння та інші шкірні захворювання. Гнійні виділення спричинюють склеювання волосся і утворення ковтунів. На обличчі можливі висипання, за вухами — поприлість, збільшуються піднижньощелепні лімфовузли, підвищується температура тіла. Щодо епідеміології найбільше значення має одяжна воша, яка є специфічним переносником збудника висипного тифу, поворотного тифу і волинської гарячки. У разі виявлення педикульозу керуються Наказом МОЗ України № 38 від 28.03.94 р. "Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом". На санітарному пропускнику є спеціальна укладка, до якої входять такі предмети: лупа, настільна лампа, бритва, ножиці, машинка для підстригання волосся, густий гребінець, розфасований інсектицид, 10 % оцтова кислота, клейонка, на яку вичісують волосся, відро для спалювання волосся, косинки з матерії і клейонки, мішок для одягу пацієнта; дві маски, халати і косинки для медичних працівників. Медична сестра і молодша медична сестра одягають маску, рукавички, додатковий халат і косинку. Санітарне оброблення проводять у спеціально обладнаному приміщенні.

Б. Реєстраційна документація

1. Карта стаціонарного хворого (ф. № ООЗ-о).
 2. Журнал реєстрації хворих, що поступили до стаціонару (ф. № і-о).
 3. Журнал консультацій і відмов хворих від госпіталізації.
 4. Статистична карта пацієнта, що вибув зі стаціонару.
 5. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (ф. № 058-о).
 6. Журнал-алфавіт.
 7. Журнал сигнальних повідомлень.
 8. Журнал обліку надходження та витрачання наркотичних анальгетиків та спирту.
 9. Бланки опису речей, документів, цінних речей пацієнта. **В. Огляд пацієнта лікарем**
- Лікар оглядає пацієнта в оглядовому кабінеті: проводить повне клінічне дослідження; за потреби призначає лабораторне, інструментальне, рентгенологічне чи ендоскопічне дослідження; за потреби викликає лікарів-фахівців для консультації.

296

На підставі вжитих заходів встановлює так званий діагноз на час поступлення пацієнта до стаціонару та вирішує такі питання: доцільність госпіталізації; у яке відділення слід госпіталізувати пацієнта; необхідність переведення пацієнта в іншу лікарню; призначення необхідних методів лікування та догляду.

Г. Обов'язки медичної сестри приймального відділення

1. Прийняти і здати: чергування (інформацію про пацієнтів, які перебувають на діагностичних ліжках приймального відділення); ключі від сейфа та шафи з лікарськими препаратами; медичне обладнання та інструментарій; предмети догляду за пацієнтами.
2. Реєструвати пацієнтів, заповнювати різну документацію.
3. Здійснити долікарський огляд пацієнта: виміряти температуру тіла, артеріальний тиск, підрахувати пульс, дихальні рухи, оглянути пацієнта для виявлення інфекційних захворювань, провести антропометричні вимірювання.
4. Надати долікарську невідкладну медичну допомогу.
5. Організувати огляд і первинне обстеження пацієнта черговим лікарем.
6. За підозри на інфекційне захворювання здійснити такі маніпуляції:

- за призначенням чергового лікаря взяти мазок із зіва або носа;
- заповнити екстрене повідомлення про інфекційне захворювання.
- 7. За призначенням лікаря виконати: ін'єкції, клізми, промивання шлунка, катетеризацію сечового міхура; узяти біологічний матеріал для лабораторних досліджень і забезпечити відправлення матеріалу в лабораторію, організувати рентгенологічне дослідження.
- 8. Виписати, отримати лікарські препарати з аптеки, зберігати їх у відділенні і вести облік їх використання.
- 9. Провести санітарно-гігієнічне оброблення пацієнта.
- 10. Організувати транспортування пацієнта у відділення стаціонару.
- 11. Провести дезінфекцію, передстерилізаційне очищення і стерилізацію виробів медичного призначення.

Надання невідкладної допомоги у приймальному відділенні

1. У разі раптового погіршення стану пацієнта, якого було доставлено машиною швидкої допомоги. Наприклад, при повторному підвищенні артеріального тиску або при виникненні нападу болю, блювання.
2. Якщо до приймального відділення поступив пацієнт за самозвертанням унаслідок поганого самопочуття (біль у серці, животі, запаморочення тощо).
3. У разі раптового погіршення стану пацієнта, що поступає за направленням поліклініки.

Медична документація та її значення

Під час виконання професійних обов'язків лікар і молодші медичні спеціалісти (фельдшер, акушер, медична сестра) мають справу з медичною документацією. Цю документацію становлять різні медичні документи, які заповнює лікар, маючи справу із людиною, що звернулася по допомогу.

297

Медичну документацію потрібно заповнювати на всіх етапах надання медичної допомоги. Кожна назва медичного документа має відповідну форму, структуру, офіційний номер і термін зберігання.

Комплекс медичної документації дає змогу простежити початок і динаміку захворювання, стан хворого, час звертання хворого по допомогу, своєчасність і повноту її надання як лікувальним закладом, так і конкретним лікарем, результат перебігу захворювання та надання медичної допомоги, проконтролювати правильність організації лікувального процесу, діагностики та лікування.

Медична документація:

- слугує для аналізу результатів лікування;
- слугує для оцінки діяльності медичного закладу;
- слугує для підтвердження використання медичних препаратів, проведеного інструментального та лабораторного дослідження;
- використовується для видачі довідкового матеріалу за запитами пацієнта та його законних представників, суду, прокуратури, слідства;
- вивчається під час проведення судово-медичної експертизи. Виділяють такі **групи медичної документації**:

медичної документації:

1. Медична документація, яку ведуть у разі надання екстреної медичної допомоги.
2. Медична документація, яку використовують під час лікувального процесу в поліклініках.
3. Медична документація, яку використовують під час лікувального процесу в стаціонарах.
4. Медична документація, яку ведуть у разі лікування в інших відділеннях стаціонару та під час інструментальних досліджень.
5. Медична документація, яку ведуть під час лабораторних досліджень.
6. Статистична документація.
7. Направлення, довідки, виписки.

Медична документація, яку ведуть у разі надання екстреної медичної допомоги

1. "Журнал запису звернень про невідкладну медичну допомогу" є медичним документом пунктів (відділень) невідкладної медичної допомоги, організованих при

амбулаторно-поліклінічних закладах для надання невідкладної медичної допомоги дорослому та дитячому населенню вдома. Журнал ведеться в лікувально-профілактичних закладах, які мають статус обласних (обласні лікарні для дорослих, обласні дитячі лікарні) і в яких за штатним розкладом передбачено відділення екстреної та планово-консультативної допомоги.

2. "Книга запису викликів лікарів додому" заповнюється в лікувально-профілактичних закладах, які надають медичну допомогу вдома.

3. "Карта виклику швидкої медичної допомоги" є первинним медичним документом для реєстрації звернень населення по швидку медичну допомогу. Заповнюється фельдшером (медичною сестрою) — диспетчером на кожне звернення

298

громадян (по телефону чи особисто) в одному примірнику, незалежно від кількості потерпілих, прийняття виклику чи відмови. У паспортній частині карти проставляється порядковий номер і дата звернення по допомогу. Нумерація карт проводиться заздалегідь на кожну добу. Пронумеровані, з проставленою датою карти видаються диспетчером. У пункті "Хто приймав виклик" відмічається прізвище чи особистий номер диспетчера, номер його робочого місця.

У пункті "Привід до виклику" записуються дані зі слів того, хто викликає швидку медичну допомогу, причина звернення тощо.

У пункті "Адреса виклику" докладно вказується адреса виклику, куди має прибути бригада швидкої медичної допомоги, номер телефону, де перебуває хворий (потерпілий), його прізвище, вік і стать, прізвище особи, яка викликає.

Крім того, у карті вказується прийняте рішення щодо звернення, проставляється час (години та хвилини) звернення. У разі відмови у швидкій медичній допомозі в пункті "Додаткові відомості" відмічаються причини відмови.

Якщо прийнято рішення про передачу виклику до інших поліклінік, пункту невідкладної медичної допомоги тощо, ця інформація також зазначається.

Крім того, проставляється номер бригади, яка виїжджає на виклик, години та хвилини виїзду, а також відмічається час закінчення виклику бригадою.

4. "Карта виїзду швидкої медичної допомоги" заповнюється керівником виїзної бригади швидкої медичної допомоги на кожний виїзд, а також на кожного потерпілого чи хворого, який отримав медичну допомогу.

У паспортній частині проставляється номер, під яким зареєстровано в диспетчерській станції (відділенні) звертання по допомогу, і дата прийняття виклику.

5. "Супровідний листок станції швидкої медичної допомоги" видається швидкою допомогою, якщо остання направляла хворого в стаціонар. У ньому вказується стан хворого, діагноз та обсяг надання медичної допомоги.

Медична документація, яку використовують під час лікувального процесу в поліклініках

1. "Журнал реєстрації амбулаторних хворих" ведеться для реєстрації хворих, які звернулись по амбулаторну допомогу в приймальні відділень стаціонарів і пункти невідкладної допомоги. Крім того, його ведуть на фельдшерсько-акушерських пунктах, лікарських і фельдшерських здоров'я пунктах.

Цей документ слугує для запису всіх звернень хворих попри причину звернення.

2. "Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома" ведеться в амбулаторно-поліклінічних закладах, де за штатним розкладом передбачено денні стаціонари в поліклініці або вдома.

Заповнюється на кожного хворого, який поступає на лікування в денний стаціонар.

Паспортна частина карти заповнюється медичною сестрою з паспортних даних або зі слів пацієнта. У карті лікар записує призначення, діагностичні дослідження, процедури, лікувально-оздоровчі заходи. Лікар, лікарі-спеціалісти, які

299

консультують пацієнта, середні медичні працівники, які виконують призначення лікарів, проставляють дату огляду (виконаних призначень) і свої підписи.

Карта видається хворому на руки на період перебування його в денному стаціонарі в поліклініці (удома).

Після закінчення лікування лікар забирає карту у хворого, уточнює записи, відмічає результат лікування.

Після проведеного лікування карту передають у кабінет обліку і медичної статистики закладу, при якому організовано денний стаціонар у поліклініці (удома). Карта потрібна для аналізу результатів лікування і оцінювання діяльності денного стаціонару при поліклініці.

3. "Медична карта амбулаторного хворого" є основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, її заповнюють при першому зверненні в лікувальний заклад.

На кожного хворого в поліклініці заводять одну медичну карту незалежно від того, лікується він в одного чи кількох лікарів.

Карту заповнюють в усіх лікувальних закладах, міських і сільських, включаючи здоровпункти, які ведуть загальний і спеціалізований амбулаторний прийом хворих.

На фельдшерсько-акушерських пунктах і фельдшерських здоровпунктах замість "Медичної карти амбулаторного хворого" ведуть "Журнал реєстрації амбулаторних хворих".

На титульному листку медичної карти передбачено місце для запису захворювань, з приводу яких хворого було взято під диспансерний нагляд. Зазначають дату, коли хворого було взято або знято з диспансерного обліку, і причини зняття.

"Листок запису заключних (уточнених) діагнозів" заповнюють лікарі всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого хворий звернувся у заклад у звітному році.

У разі госпіталізації хворого в стаціонар, об'єднаний із поліклінікою, медичну карту амбулаторного хворого передають у стаціонар і зберігають у медичній карті стаціонарного хворого. Після виписування зі стаціонару або смерті пацієнта медичну карту з епікризом лікаря стаціонару повертають у поліклініку.

У разі смерті хворого з видачею лікарського свідоцтва про смерть у карті зазначають дату і причину смерті.

Медичні карти на померлих виймають із картотеки і передають в архів лікувального закладу.

Медична карта амбулаторного хворого обов'язково має зберігатися в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу.

Якщо медична карта амбулаторного хворого стає об'ємною, не дотримується хронологія записів, потрібно завести нову, а використану здати в архів.

4. "Журнал запису амбулаторних операцій" заповнюється хірургом і зберігається в операційній.

У журналі реєструють усі хірургічні втручання, проведені в амбулаторно-поліклінічних закладах. При цьому досить коротко описується хід операції, ме-

300

тод знеболювання; записується прізвище хірурга, який проводив операцію, та прізвище операційної медичної сестри.

Журнал дає змогу в оперативному порядку проводити аналіз кількості та характеру оперативних втручань, застосованих методів знеболювання, а також вивчати навантаження окремих хірургів.

5. "Індивідуальна карта вагітної і породіллі" заповнюється на кожну вагітну, яка звернулася у жіночу консультацію для збереження вагітності.

У карту заносять паспортні дані, відомості анамнестичного характеру (детально дані про перебіг і результати попередніх вагітностей), дані про стан здоров'я жінки до звернення в консультацію, результати загального і спеціального акушерського дослідження, висновок терапевта та інших спеціалістів про стан здоров'я вагітної. При повторних відвідуваннях скарги, дані об'єктивного дослідження і призначення записують у спеціальний розділ карти.

Ці дані дають змогу простежити динаміку деяких об'єктивних показників стану вагітної і плода, а також ужити заходів у разі відхилення їх від норми.

У карті є спеціальний листок для підклеювання аналізів та інших документів.

Остання сторінка слугує для записування відомостей про перебіг і результати пологів, а також післяпологового періоду і періоду після виписування породіллі зі стаціонару.

Після зняття породіллі з диспансерного нагляду карту за підписом лікаря і завідувача консультації відправляють в архів жіночої консультації (пологового будинку).

На жінок, які звернулися до консультації з направленням для штучного переривання вагітності, заповнюють "Медичну карту амбулаторного хворого".

6. "Журнал реєстрації листків непрацездатності" заповнюють в усіх лікувально-профілактичних закладах — амбулаторних і стаціонарних, які видають листки непрацездатності (у тому числі і у ФАПх, у яких фельдшером надано право видавати листки непрацездатності). Журнал заповнює медична сестра на підставі даних "Медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого" та листків непрацездатності.

Медична документація, яку використовують під час лікувального процесу в стаціонарах

1. У "Журналі обліку прийому хворих у стаціонар" реєструють хворих, яких було госпіталізовано в стаціонар. Такі записи дають змогу проводити аналіз даних про хворих, які поступили в стаціонар.

Журнал обліку прийому хворих у стаціонар ведеться в усіх приймальних відділеннях лікарні. Усі графи заповнюються лише в разі повного визначення щодо госпіталізації хворого.

2. У "Журналі відмови від госпіталізації" реєструють хворих, які звернулись у приймальне відділення з приводу госпіталізації з направленням, але з тих чи інших причин їм було відмовлено у госпіталізації.

301

Записи в журналі дають змогу розробляти дані про частоту і причини відмов у госпіталізації. Журнал заповнюють у приймальному відділенні лікарні: записують відомості про хворих, яких не госпіталізують, зазначають дату і час звернення хворого, паспортні дані й адресу на підставі направлення на госпіталізацію, а також діагноз, встановлений у приймальному відділенні. Зазначається причина відмови від госпіталізації та вжиті заходи (надана амбулаторна допомога, направлений в інший стаціонар тощо).

За відмову від госпіталізації вважають усі випадки не госпіталізації хворого, який прибув у стаціонар із направленням на госпіталізацію.

Якщо хворому з приводу одного і того самого захворювання було відмовлено в госпіталізації кілька разів, то кожна відмова в журналі реєструється окремо. Журнал відмов у госпіталізації ведеться один на приймальне відділення, якщо хворі поступають безпосередньо у відділення. Якщо хворого потрібно госпіталізувати, але він сам відмовився, то дані про такого хворого також заносяться в журнал.

3. "Медична карта стаціонарного хворого" є основним медичним документом стаціонару, який заповнюється на кожного хворого. Ведеться в усіх лікарнях, стаціонарах диспансерів, клініках ВНЗів та НДІ, санаторіях. Вона містить усі необхідні дані, які характеризують стан хворого впродовж усього періоду перебування в стаціонарі, організацію його лікування, дані об'єктивного дослідження та призначення.

Паспортна частина, діагноз лікувального закладу, який направив хворого, діагноз при госпіталізації — ці дані записують у приймальному відділенні.

Лікар приймального відділення заповнює також спеціально відведений листок "Запис лікаря приймального відділення", у якому коротко вказує дані анамнезу хвороби та життя, об'єктивний стан хворого.

Інші записи в медичній карті, зокрема про клінічну картину, робить лі-кар-куратор (далі — лікар). Якщо хворому проводили хірургічне втручання, то на другій сторінці медичної карти вказуються дата (місяць, число, години) операції, назва, метод знеболювання та ускладнення. Докладний опис операції проводиться в "Журналі запису оперативних втручань у стаціонарі".

Під час виписування або в разі смерті хворого вказується кількість проведених ліжко-днів, при цьому: день госпіталізації і день виписування (смерті) рахується як один день. Під час перебування хворого в стаціонарі медична карта зберігається в лікаря. Лікар проводить щоденні записи про стан здоров'я та лікування пацієнта. Призначення записує в щоденнику карти та листку лікарських призначень. На температурному листку палатна сестра графічно відображає температуру тіла, пульс, дихання хворого тощо. Під час виписування хворого лікар складає епікриз, у якому коротко резюмує дані про стан хворого при госпіталізації та виписуванні, записує дані, об-

302

грунтовує клінічний діагноз, вказує проведені лікувальні заходи та їхню ефективність, рекомендації щодо наступного лікування та режиму хворого.

У разі смерті пацієнта лікар складає посмертний епікриз. Патологоанатом заповнює "Виписку з протоколу патологоанатомічного дослідження".

Виписний і посмертний епікризи підписує лікар.

Основний клінічний і патологоанатомічний діагнози мають бути закодзовані лікарем.

Медична карта стаціонарного хворого підписується лікарем і завідувачем відділення. На підставі даних медичної карти стаціонарного хворого складається "Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару", після чого медична карта передається в кабінет статистики для оброблення, а потім — до архіву закладу.

4. "Листок лікарських призначень" — це оперативний документ, у якому реєструють режим перебування хворого в стаціонарі, призначене дієтичне харчування, методи дослідження, медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні та психотерапевтичні процедури. Заповнюється лікарем у день госпіталізації хворого в стаціонар із внесенням необхідних корективів упродовж лікування пацієнта.

Для зберігання листків лікарських призначень на період лікування хворих у стаціонарі ведеться спеціальна папка у кожному відділенні.

Щоденно середні медичні працівники роблять відмітки щодо виконання призначень.

Після виписування пацієнта зі стаціонару листок лікарських призначень підклеюють у "Медичну карту стаціонарного хворого" і зберігають.

5. "Температурний листок" є оперативним документом для графічного відображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я пацієнта: пульсу, артеріального тиску (АТ), температури тіла тощо.

Щоденно лікар вписує в медичну карту стаціонарного хворого (історію пологів, карту розвитку новонародженого) дані про стан хворого (роділлі, породіллі, новонародженого). Палатна медична сестра переносить дані про температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, дихання в температурний листок і малює відповідні криві щодо цих показників.

Крім того, у температурний листок заносять частоту дихання, масу тіла, кількість спожитої рідини, добову кількість сечі, випорожнень, кількість ванн.

Після виписування (смерті) хворого зі стаціонару температурний листок підклеюють у медичну карту стаціонарного хворого і зберігають разом із нею.

6. "Первинний огляд анестезіолога і протокол загального знеболювання" — один з основних документів відділень хірургічного профілю. Включає первинний огляд анестезіолога та протокол загального знеболювання.

Первинний огляд анестезіолога заповнює лікар-анестезіолог за добу до призначеного оперативного втручання. Містить паспортні дані пацієнта, дані анамнезу життя, захворювання, алергологічного анамнезу, відомості про наявність шкідливих звичок, хронічне приймання деяких лікарських засобів.

303

Опис об'єктивного статусу включає відображення функцій усіх органів і систем хворого, дані лабораторних та допоміжних методів дослідження.

Висновок включає рекомендації щодо підготовки до операції, премедика-ції, наміченого знеболювання та ступеня операційного ризику. Протокол загального знеболювання включає відомості про перебіг наркозу, особливості надання анестезіологічної допомоги та рекомендації анестезіолога щодо подальшого інтенсивного нагляду за пацієнтом.

Після заповнення його підклеюють у "Медичну карту стаціонарного хворого" і зберігають.

7. "Протокол переливання крові та її компонентів" заповнює лікар, відповідальний за призначення і переливання крові та її компонентів. Паспортна частина протоколу та його відривний талон може заповнювати медична сестра.

Передтрансфузійний епікриз: гемотрансфузійний, акушерський анамнез, об'єктивні дані пацієнта (загальний стан, стан шкіри, тони серця, стан слизових оболонок, АТ, пульс), показання, мету та методи переливання — заповнює і визначає лікар, відповідальний за гемотрансфузію.

Післятрансфузійний нагляд за станом пацієнта проводить і заповнює медична сестра під контролем лікаря.

Кожне переливання крові виконують тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічних проб, що також має відобразитись у протоколі. Документ завіряється підписами відповідальних осіб (лікарем і медичною сестрою).

Зберігається разом з медичною картою стаціонарного хворого, де має бути відмітка про проведення трансфузії з визначенням дати і номера протоколу.

8. "Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин" застосовується для реєстрації кожного переливання трансфузійних рідин (крові, її компонентів і препаратів, кровозамінників), а також включає відомості щодо реакцій організму та ускладнень після трансфузії.

Кожне переливання крові проводять тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта. Двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічної проби.

Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин заповнює лікар, який виконував трансфузію, та підклеює в медичну карту стаціонарного хворого.

9. "Листок основних показників стану хворого" призначено для відображення стану хворого, що перебуває у відділенні (палаті) анестезіології та інтенсивної терапії.

Містить відомості про діагноз, симптоми, призначене лікування, реанімаційні заходи, дані лабораторних досліджень.

Заповнює лікар відділення інтенсивної терапії впродовж доби нагляду за хворим. Після переведення пацієнта в інше відділення або в разі його смерті листок вклеюють у "Медичну карту стаціонарного хворого".

304

Опис об'єктивного статусу включає відображення функцій усіх органів і систем хворого, дані лабораторних та допоміжних методів дослідження.

Висновок включає рекомендації щодо підготовки до операції, премедика-ції, наміченого знеболювання та ступеня операційного ризику. Протокол загального знеболювання включає відомості про перебіг наркозу, особливості надання анестезіологічної допомоги та рекомендації анестезіолога щодо подальшого інтенсивного нагляду за пацієнтом.

Після заповнення його підклеюють у "Медичну карту стаціонарного хворого" і зберігають.

7. "Протокол переливання крові та її компонентів" заповнює лікар, відповідальний за призначення і переливання крові та її компонентів. Паспортна частина протоколу та його відривний талон може заповнювати медична сестра.

Передтрансфузійний епікриз: гемотрансфузійний, акушерський анамнез, об'єктивні дані пацієнта (загальний стан, стан шкіри, тони серця, стан слизових оболонок, АТ, пульс), показання, мету та методи переливання — заповнює і визначає лікар, відповідальний за гемотрансфузію.

Післятрансфузійний нагляд за станом пацієнта проводить і заповнює медична сестра під контролем лікаря.

Кожне переливання крові виконують тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічних проб, що також має відобразитись у протоколі. Документ завіряється підписами відповідальних осіб (лікарем і медичною сестрою). Зберігається разом з медичною картою стаціонарного хворого, де має бути відмітка про проведення трансфузії з визначенням дати і номера протоколу.

8. "Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин" застосовується для реєстрації кожного переливання трансфузійних рідин (крові, її компонентів і препаратів, кровозамінників), а також включає відомості щодо реакцій організму та ускладнень після трансфузії.

Кожне переливання крові проводять тільки після підтвердження групи крові донора і реципієнта двома серіями стандартних ізогемаглютинуючих сироваток, проведення проби на індивідуальну сумісність і біологічної проби.

Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин заповнює лікар, який виконував трансфузію, та підклеює в медичну карту стаціонарного хворого.

9. "Листок основних показників стану хворого" призначено для відображення стану хворого, що перебуває у відділенні (палаті) анестезіології та інтенсивної терапії.

Містить відомості про діагноз, симптоми, призначене лікування, реанімаційні заходи, дані лабораторних досліджень.

Заповнює лікар відділення інтенсивної терапії впродовж доби нагляду за хворим. Після переведення пацієнта в інше відділення або в разі його смерті листок вклеюють у "Медичну карту стаціонарного хворого".

304

10. У "Журналі запису оперативних втручань у стаціонарі" реєструють усі оперативні втручання, проведені в стаціонарі. На кожне оперативне втручання відводиться окремий листок, у якому детально описують хід операції, вказують вид знеболювання, дозу наркотичного препарату, відмічають тривалість операції, стан пацієнта під час оперативного втручання, а також зазначають лікувальні заходи, які проводили в період операції (ін'єкції препаратів, подача кисню тощо). Крім того, записують: прізвище та ініціали хірургів, анестезіолога, асистентів і результат операції.

Журнал заповнює хірург після завершення оперативного втручання. Журнал зберігається в операційній; якщо в лікарні декілька операційних (для чистих або гнійних операцій), то в кожній ведеться окремий журнал.

11. "Історія пологів" — основний медичний документ пологового будинку (пологового відділення лікарні). Його заповнюють на кожну вагітну, роділку та породілку, госпіталізовану у стаціонар із терміном вагітності 22 тиж. та більше.

У ньому відзначають характер перебігу пологів, усі діагностичні та лікувальні заходи, проведені лікарем або акушеркою.

"Історія пологів" має давати чітке уявлення про всю картину перебігу пологів без додаткових пояснень.

Усі необхідні виправлення вносяться терміново, обговорюються і підписуються лікарем, який відповідає за ведення історії пологів, або записуються в рядок після перекреслення слів, які підлягають виправленню.

Змінювати виправлений текст не дозволяється, як і внесення додаткових записів без відповідних пояснень.

За ведення історії пологів відповідає безпосередньо черговий лікар (у графах, що стосуються перебігу пологів), а акушер-гінеколог — у графах, що стосуються перебігу вагітності або післяпологового періоду.

У разі консультації з приводу стану вагітної (породіллі) з головним лікарем, завідувачем відділення або зі спеціалістами в історію пологів записують висновок консилиуму за підписом усіх консультантів.

Кожну операцію вписують в історію пологів із зазначенням умов і показань до операції, послідовності її проведення, осіб, які проводили операцію: асистентів, операційної сестри, анестезіологів, а також щодо вжитих наркотичних препаратів та їх кількості.

Під час виписування вагітної або породіллі та новонародженого документ підписує палатний лікар, завідувач відділення.

12. "Карту розвитку новонародженого" заводять на всіх новонароджених, які пройшли через стаціонар (як тих, що народились у стаціонарі, так і госпіталізованих після пологів удома, у дорозі), а також на переведених з інших пологових будинків (відділень), народжених живими і мертвими, з масою тіла 500 г та більше при вагітності 22 тиж. та більше.

У цьому документі містяться всі необхідні відомості щодо медичного обслуговування новонароджених, зокрема відомості про матір, характер пологів, стан при народженні, наявність вад розвитку і пологової травми, а також докладний стан новонародженого під час перебування в пологовому будинку (відділенні), поточний нагляд і стан при виписуванні.

305

Заповнюється безпосередньо в пологовій залі акушеркою та черговим лікарем (паспортна частина, гінекологічний і акушерський анамнез, оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар). У палаті — лікарем неонатологом та медичною сестрою.

При переведенні новонародженого після 7 діб у дитячу лікарню на нього заводять "Медичну карту стаціонарного хворого".

13. "Журнал запису пологів у стаціонарі" — один з основних документів пологового будинку (відділення). Містить відомості про пологи, проведені в стаціонарі у термін вагітності 22 тиж. і більше, про знеболювання пологів, про ускладнення під час пологів (екстрагенітальні захворювання), допомогу, надану під час пологів, операції, а також дані про новонароджених (біологічні показники, стать, маса і довжина тіла).

Заповнюється в пологовій кімнаті акушеркою під контролем лікаря. При реєстрації багатоплідних пологів відомості про новонароджених заносять в окремі рядки на кожного із новонароджених. Крім того, вписують усі відомості про породіль, доставлених в акушерський стаціонар у III період пологів (з відміткою, що жінку госпіталізовано після народження дитини з невідді-леним послідом).

14. "Журнал відділення (палати) для новонароджених" ведуть у фізіологічному і окремо в обсерваційному відділеннях для новонароджених, а також у відділенні інтенсивної терапії новонароджених і недоношених новонароджених медичною сестрою під наглядом завідувача відділення, неонатолога.

Особливо уважно потрібно заповнювати графу про перебіг періоду народження та клінічний діагноз дітей із вродженими вадами.

Крім того, у журналі відмічається передача телефонограми в дитячу поліклініку щодо виписування дитини.

У разі смерті новонародженого потрібно зробити відмітку про реєстрацію смерті в органах РАГСу.

В окремому журналі реєструють новонароджених із масою тіла 500—999 г.

15. "Журнал обліку прийому вагітних, роділь і породіль" ведеться в пологових будинках і лікарнях, що мають відділення (палати) для вагітних і роділь, породіль, які поступили в стаціонар після пологів удома, у дорозі або переведені з інших стаціонарів.

Медична документація, яку ведуть у разі лікування в інших відділеннях стаціонару та під час інструментальних досліджень

1. "Карта хворого, який лікується в кабінеті лікувальної фізкультури" містить прізвище та ініціали пацієнта, адресу, вік, посаду, з якого відділення поступив, діагноз при поступленні в лікарню; діагноз при поступленні на ЛФК. Крім того, заповнюють графи про короткий анамнез хвороби, проведене лікування, вписуються скарги хворого, основні клінічні дані,

перебіг хвороби, призначення лікаря ЛФК. На окремій сторінці — облік результатів процедур. Заповнюється лікарем з ЛФК. Після закінчення лікування карту підписує лікар з ЛФК.

306

2. "Карту хворого, який підлягає лікуванню променевою терапією", заповнюють на хворих, яким призначене променеве лікування: рентгенотерапія, гамматерапія, терапія радіоактивними речовинами. Карта містить дані про хворого і захворювання, про план променевого лікування, його результати і протоколи лікування.

3. "Журнал обліку процедур" є оперативним документом і слугує для реєстрації медичних процедур.

У поліклініках процедури, проведені лікарем, враховуються в "Щоденнику роботи відповідного відділення (кабінету)".

4. "Журнал запису рентгенологічних досліджень".

5. "Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень".

6. "Журнал реєстрації функціональних досліджень".

7. "Журнал реєстрації ультразвукових досліджень".

Медична документація, яку ведуть під час лабораторних досліджень

При проведенні лабораторних досліджень використовують майже 70 найменувань медичної документації, найпоширенішими серед яких є:

1. "Направлення на аналіз".

2. "Результат аналізу".

3. "Клінічний аналіз крові".

4. "Біохімічний аналіз крові".

5. "Журнал реєстрації аналізів та їхніх результатів".

6. "Журнал обліку аналізів, зроблених у лабораторії".

Статистична документація

Цей різновид медичної документації використовують для статистичного аналізу.

Наприклад:

1. "Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару".

2. "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів".

3. "Талон амбулаторного пацієнта" слугує для реєстрації захворювань та кількості відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах.

4. "Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення".

5. "Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс, гонококову, хламідій-ну інфекцію, урогенітальний мікоплазмоз та трихомоніаз". Це основна облікова форма для реєстрації захворювань, що передаються статевим шляхом.

Заповнюється дерматовенерологом, акушером-гінекологом, урологом та іншими лікарями лікувально-профілактичних закладів, незалежно від відомчої підпорядкованості та форми власності. Повідомлення заповнюють лише в разі виявлення та підтвердження зараження інфекцією, що передається статевим шляхом, незалежно від обставин виявлення захворювання: при самостійному зверненні, профілактичному огляді, обстеженні в соматичному стаціонарі; обстеженні донорів, вагітних, контактних тощо.

307

У разі підозри на зараження сімейні лікарі, акушери, фельдшери та інший середній медичний персонал повідомлення не складає, а пацієнта направляють у територіальний дерматовенерологічний заклад (кабінет).

Повідомлення оформляють на стаціонарному бланку і впродовж доби направляють (поштою) до територіального дерматовенерологічного закладу (обласного, міського), шкірно-венерологічного диспансеру. Повідомлення реєструється лікарем у спеціальному журналі із зазначенням дати встановлення діагнозу, дати подачі повідомлення і адреси, на яку його відправлено.

6. "Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу" заповнюється лікарями всіх лікувально-профілактичних закладів системи

Міністерства охорони здоров'я й інших лікувально-профілактичних закладів, незалежно від відомчої підпорядкованості та форми власності і незалежно від спеціальності лікаря, місця роботи (у лікарнях, поліклініках, диспансерах, патологоанатомічних бюро, бюро судмедекспертизи, санаторіях тощо), а також незалежно від умов виявлення захворювання (при зверненні з приводу захворювання, профогляді, обстеженні в стаціонарі тощо), на всіх хворих, у яких уперше діагностовано захворювання.

Повідомлення про хворих на активний туберкульоз оформляється також у разі вперше виявленого активного туберкульозного процесу в осіб, які перебувають під наглядом протитуберкульозних закладів, а також у разі встановлення активного туберкульозу при розтині померлих, у яких при житті діагноз не було встановлено.

Направлення, виписки, довідки

1. "Направлення на МСЕК". Підставою для направлення на медико-соціально-експертну комісію (МСЕК) є наявність ознак інвалідності, закінчення терміну інвалідності, перегляд з метою встановлення групи інвалідності, необхідність продовження листка непрацездатності. "Направлення на МСЕК" зберігається в Акті огляду МСЕК упродовж 50 років. Заповнює лікар лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи лікування хворого, підписують голова і члени лікарсько-консультативної комісії і передають на МСЕК. За результатами огляду особи з обмеженими фізичними або розумовими можливостями та прийнятого рішення лікар-експерт МСЕК заповнює "Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК", яке підписується головою МСЕК і повертається до лікувально-профілактичного закладу, що направив пацієнта на МСЕК. "Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК" зберігається в амбулаторній карті.

2. "Санаторно-курортна карта" є обов'язковим медичним документом, який видається хворому віком 18 років і більше на руки при направленні на лікування в усі типи санаторно-курортних закладів, за винятком санаторіїв для хворих на туберкульоз.

Усі пункти карти обов'язково мають бути заповнені. У карті надано точне індивідуальне оцінювання перебігу захворювання, анамнез та результати попереднього лікування згідно з даними "Медичної

308

карти амбулаторного хворого", а для студентів віком 18 років більше — "Медичної карти студента".

Про видачу санаторно-курортної карти лікар робить запис у "Медичній карті амбулаторного хворого", зазначає дату видачі, номер карти та пугівки, скарги пацієнта на день видачі та основний і супутній діагнози і повністю — дані висновку (рекомендований курорт, санаторій, профіль, вид лікування, сезон року).

Санаторно-курортний заклад після завершення курсу лікування направляє (поштою) у лікувально-профілактичний заклад відривний талон за адресою (зазначена на першій сторінці карти).

Санаторно-курортна карта зберігається в "Медичній карті стаціонарного хворого".

3. "Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого" потрібна для обміну інформацією між амбулаторно-поліклінічними і стаціонарними закладами щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписуванні), проведених досліджень, лікування, лікувальних та інших рекомендацій. Видається на руки хворому або пересилається поштою.

Заповнюється лікарями амбулаторно-поліклінічного закладу при направленні хворого на стаціонарне лікування і стаціонарів усіх профілів при виписуванні (або смерті).

4. "Виписку із карти розвитку новонародженого" заповнює неонатолог (або акушер-гінеколог у разі його відсутності) при переведенні дитини з пологового будинку в інші лікувальні заклади (відділення реанімації, патології новонароджених, другого етапу виходжування новонароджених, інші відділення дитячих лікарень).

У виписці мають міститися відомості про перебіг вагітності та пологів у матері, стан новонародженого, перебіг періоду його адаптації, а також про всі види дослідження і методи лікування новонародженого, проведені під час перебування його в пологовому будинку (відділенні), та їхні результати.

Завіряється виписка завідувачем відділення новонароджених (завідувачем пологового відділення), вкладається в карту стаціонарного хворого, що заводять у лікувальному закладі, куди переведено дитину. Зберігається разом із картою стаціонарного хворого.

5. "Консультативний висновок спеціаліста" використовується лікарями-кон-сультантами лікувально-профілактичних закладів (НДІ, обласних лікарень, консультативно-діагностичних центрів тощо), куди направляють на консультацію (обстеження) хворого. Консультативний висновок заповнює і підписує лікар-консультант та завідувач поліклінічного (стаціонарного) відділення, скріплюється печаткою лікувального закладу. Таким чином, медична документація є не лише медичним і статистичним документом, а й важливим юридичним документом. Відсутність медичної документації або її не заповнення потрібно розглядати як доказ ненадання відповідної медичної допомоги.

309

Основні напрямки діяльності молодших медичних спеціалістів у різних відділеннях ЛПЗ

Молодші медичні спеціалісти як особлива професійна група відрізняються від представників інших професій тим, що їхня діяльність не тільки регламентована різними правовими актами, а й опирається на етичну складову, традиції в професійній діяльності, сподівання пацієнтів і надії тяжкохворих. Зміст діяльності медичних сестер визначається адміністрацією ЛПЗ на підставі тарифно-кваліфікаційної характеристики молодшого медичного працівника з урахуванням конкретних особливостей роботи того або іншого ЛПЗ.

Діяльність молодших медичних спеціалістів визначається не тільки функціональними обов'язками, а й правами, а також ступенем їхньої відповідальності.

До **функціональних обов'язків медичної сестри стаціонару** належать: дотримання лікувально-охоронного режиму відділення; своєчасне виконання лікарських призначень; догляд за пацієнтами; допомога пацієнтові під час огляду лікарем; спостереження за загальним станом пацієнтів; надання першої долікарської допомоги; дотримання санітарно-протиепідемічного режиму; своєчасна передача екстреного повідомлення про інфекційного хворого; одержання лікарських засобів і забезпечення їх зберігання й обліку, а також керівництво молодшим медичним персоналом відділення. Медичні сестри зобов'язані систематично підвищувати кваліфікацію, відвідувати заняття й конференції, які проводяться у відділенні й лікувальному закладі.

Дільнична (сімейна) медична сестра поліклініки, що працює на прийомі з лікарем, допомагає йому оформляти різну документацію, навчає пацієнтів підготовки до різних процедур, лабораторних та інструментальних досліджень. Здійснюючи роботу вдома, вона виконує лікарські призначення, навчає родичів необхідним елементам догляду, дає рекомендації зі створення комфортних умов для пацієнта з метою задоволення його життєво важливих фізіологічних потреб, надає психологічну підтримку пацієнтові і його родині, здійснює заходи щодо профілактики ускладнень і зміцнення здоров'я своїх пацієнтів.

Коло обов'язків фельдшера досить широке, особливо за відсутності лікаря. І фельдшерсько-акушерському пункті він самостійно надає стаціонарну, консультативну, амбулаторну допомогу, допомогу вдома, виконує санітарно-профілактичну роботу, виписує лікарські засоби і т. п. У лікувально-профілактичному закладі фельдшер працює під керівництвом лікаря.

Зміст діяльності акушера (акушерки) пологового будинку і жіночої консультації залежить від конкретних особливостей роботи. Самостійно або разом з лікарем веде пологи, проводить лікувально-профілактичне обслуговування вагітних, породіль і новонароджених; активно виявляє гінекологічних хворих, проводить психопрофілактичну підготовку жінок до пологів, спостереження за вагітною, забезпечує вагітним проходження всіх необхідних досліджень.

Акушерка, як і медична сестра поліклініки, проводить більше патронажну роботу, виконує безпосередньо обов'язки медичної сестри.

310

Для виконання своїх обов'язків фельдшер, медична сестра й акушерка повинні мати певний обсяг знань і практичних навичок, відповідати за процес догляду. Вони вдосконалюють свої професійні, психологічні і духовні якості для того, щоб забезпечити пацієнтові оптимальний догляд, задовольнити його фізіологічні потреби і зберегти здоров'я населення; беруть участь у роботі з ліквідації інфекційних вогнищ, проводять профілактичні щеплення, здійснюють разом з лікарем санітарний нагляд дитячих закладів.

Молодші медичні працівники, що мають спеціальну підготовку, можуть працювати в рентгенологічних, фізіотерапевтичних та інших спеціалізованих відділеннях і кабінетах. За виконання функцій, на які вони не мають права, молодші медичні працівники несуть дисциплінарну або кримінальну відповідальність.

Таким чином, основними в діяльності системи охорони здоров'я є чотири напрямки з надання допомоги населенню, у яких активна участь належить молодшим медичним працівникам:

- 1) профілактичний;
- 2) лікувально-діагностичний;
- 3) медико-соціальний;
- 4) реабілітаційний.

РОЗДІЛ 2. ОСНОВИ ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ. МАНІПУЛЯЦІЙНА ТЕХНІКА

Прізвище, ім'я та по батькові	До-машня адреса хворого	Місце роботи	Ким та коли направлений хворий	Номер історії хвороби	Дата і час госпіталізації	Діагноз при прийманні хворого	Діагноз при госпіталізації	Відмова у госпіталізації (причина)	Обсяг першої допомоги. наданої на прийомі

Журнал реєстрації хворих, які вибули зі стаціонару, заповнює старша медична сестра відділення за формою:

Прізвище, ім'я та по батькові*	Номер історії хвороби та номер лікарняного листка	Діагноз при прийманні та при виписуванні	Кількість ліжко-днів, проведених у стаціонарі**

Примітка: * — паспортні дані хворого; ** — день приймання і день виписування вважають за 1 день.

Заповнення карти стаціонарного хворого (історії хвороби) ф. 003-о

Послідовність дій

Паспортну частину історії хвороби заповнює чергова медична сестра приймаючого відділення за формою (форма карти додається):

1. Назва лікувального закладу.
2. Стать пацієнта.
3. Номер історії хвороби.
4. Ким направлений пацієнт.
5. Дата госпіталізації (год, хв).
6. Прізвище, ім'я, по батькові хворого, вік, національність.
7. Місце роботи, посада.

8. Адреса пацієнта та його найближчих родичів.
9. Діагноз закладу, який направив пацієнта.
10. Чи перебував пацієнт на утриманні (у кого).
11. Особливі примітки (наприклад, огляд на педикульоз).
12. Вид санітарного оброблення.

Заповнення екстреного повідомлення

Мета: запобігання поширенню інфекційних захворювань. *Послідовність дій*

312

Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (ф. 05 8-о) складає медпрацівник, який виявив інфекційне захворювання, харчове отруєння або професійне отруєння, чи за підозри на них і направляє в СЕС за місцем виявлення захворювання не пізніше ніж через 12 год з моменту його виявлення. У разі подальшої зміни діагнозу в пункті 1 повідомлення вказують новий діагноз, дату його встановлення, а також попередній діагноз хворого.

В екстреному повідомленні слід зазначити (форма повідомлення додається):

1. Діагноз.
2. Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, адресу, місце роботи (навчання).
3. Дату захворювання, дату звернення.
4. Які проведені протиепідемічні заходи (первинні).
5. Де і чим отруений.
6. Дату і місце госпіталізації.
7. Дату і час первинної сигналізації про захворювання в СЕС.
8. Підпис медичного працівника.

Складання статистичних форм. Статистична карта хворого, який вибув зі стаціонару

Мета: статистична карта (ф. 066-о) вміщує стислу інформацію з історії хвороби, дані про діагноз, стан хворого, ускладнення, кількість ліжко-днів, одужав чи помер; заповнює старша медична сестра.

Дані надходять у статистичний кабінет.

Проведення санітарно-гігієнічного оброблення пацієнта

Мета: профілактика занесення та поширення внутрішньолікарняної інфекції.

Показання: приймання пацієнта в стаціонар: поточне гігієнічне оброблення пацієнтів, догляд за пацієнтами з порушенням фізіологічних відправлень.

Підготувати: губку, чисту постільну та натільну білизну, рукавички, ХУСТИНУ, МИЛО, термометр

для води, ножиці, рушник, фартух, великі ножи-

ці, бритву, гребінець, клейончастий мішок, таз,

0,15 % розчин карбофосу або 0,25 % розчин ди-

крезину, або мильно-порошкову емульсію, 200 мл

води, а також 5 % і 10 % розчин столового оцту.

Послідовність дій

1. Оглянути волосисті частини тіла пацієнта (мал. 24).

2. За наявності педикульозу провести дезін-
та гнида (б)

313

Бланк медичної карти стаціонарного хворого

Код форми за ЗКУД Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України

Найменування закладу

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 1010.13.1/ІоІ Затверджено наказом МОЗ України [21.6-0-7:91.92-1

МЕДИЧНА КАРТА №. СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО

Госпіталізація

Відділення

[«дата /&

Дата

(число, містик рік)

(годній, хвилин)

Виписка (смерть)

в поточному рові з О «перше

приводу даної хвороби О повторно госпіталізований всього

.раз

Проведено л іжко-днів _ Група крові _____

Пгредедияй(а) у відділенні

Резус-риналежність _

Підвищена чутливість або непереносимість препарату.

П і і П і

(число, місяць, рік)

(найменування препарату, характер побічної дії)

1. Прізвище, ім'я, но «аімдаві

2. Стать: ч-і.ж-2 £ 3.8'ж.

І І І І І І І І

(число, місяць, рік)

4. Постійне місце арошмшіца: вісго -1, Село - 2 Г

ін, для адіх-ії; до 1-го року- ш«ців;7.у 1-го місяця-днів)

{ локат адресу: обаага., район, ижг.іевий пунш.

і телефону: дя« пр»7яуйжмх

5. Місце роботи, спеціальність або посада

(для учні). С7УЗСМ7ІВ - »го«е ваа-ш»,!*; для длеб - и*му дитячого зак.іаад шкоди; дад інвалідів - вид і іуупа іивьяід«осії. ШВ - тах, «і

6. Ким качрваеий хворий _____ ^ ^ ^^

(наКіеування іМеувадьнош закладу)

7. Гост-ішіюванній(а)» стаціонар: затермшювиий показаннями - 1, через годин шсмяючатку

захворюванні!, одержання травми; в плановому порядку - 2 І □

8. Діагноз л ікувалького *закляю*, який напр«виа хворого:

9. Діагноз лрн госпіталізації:

10. Діагноз клінічний..

Дога вставюелеші:

Лікар.

! 1. Діагноз заключний клінічний.. а) основний _____

. шліте)

Код за МКХ-Х

І І І І І І І І

б) ускладніш», осковнго.

п) супутній _

314

в) через 20 хв вимити волосся водою із застосуванням шампуню, а потім 5 % розчином столового оцту;

г) прочесати волосся гребінцем (протягом 10—15 хв); якщо волосся обробляли мильно-порошковою емульсією, то гниди залишилися неушкодженими. тому волосся додатково обробити 10 % розчином столового оцту, підігрітого до 35—40 °С, покрити голову хустиною на 20—30 хв; після волосся вимити, просушити та розчесати;

г) якщо волосся підстригали, його необхідно зібрати на папір і спалити в промаркованому оцинкованому відрі;

д) білизну пацієнта скласти в клейончастий мішок, попередньо оброблений зсередини одним із вказаних розчинів;

є) приміщення і предмети догляду обробити тими самими розчинами.

3. У санепідемстанцію за місцем проживання пацієнта відправити термінове повідомлення.

4. На титульному листі історії хвороби зробити помітку про виявлення педи-кульозу — "Р", вказати спосіб санітарного оброблення, поставити дату і підпис.

5. Пацієнта через 10 днів додатково оглянути в лікувальному відділенні.

Примітка: під час санітарного оброблення спостерігають за зовнішнім виглядом і станом пацієнта (кольором шкіри, диханням, пульсом); у разі погіршення стану пацієнта процедуру припиняють і запрошують лікаря; вид санітарного оброблення пацієнта визначає лікар.

Визначення маси тіла

Показання: визначення фізичного розвитку людини, оцінювання адекватності харчування пацієнта, визначення прихованих набряків, ефективності лікування.

Послідовність дій

1. Доброзичливо привітатися, пояснити пацієнту порядок підготовки до] процедури: вранці, натще, після відвідування туалету, у звичному одязі.

2. Перевірити регулювання вагів: для цього відкрити затвор, розміщений над панеллю, і відрегулювати ваги гвинтом: рівень коромисла вагів, на якому] всі гирі в нульовому положенні, має збігатися з контрольним пунктом.
3. Закрити затвор.
4. Запропонувати (допомогти) пацієнтові обережно стати (без тапочок) у І центр площини вагів, постеливши папір.
5. Відкрити затвор і пересувати гирі на планках коромисла вліво доти, доки воно не підійде до рівня контрольного пункту.
6. Закрити затвор. Повідомити пацієнтові результат.
7. Допомогти пацієнтові зійти з площини вагів.
8. Записати результат.
9. Надіти рукавички і викинути папір із площини вагів у ємність для відходів. Зняти рукавички. Вимити і висушити руки.

320

i

7. Допомогти пацієнтові зручно розміститися у ванні: вода має доходити до рівня мечоподібного відростка; у ножному кінці ванни поставити підставку для упирання ногами.
8. Спонукаати пацієнта до самостійного миття. Пропонувати допомогу тоді, коли вона необхідна.
9. Надіти фартух.
10. Одягти рукавички, вимити пацієнта махровою рукавичкою або індивідуальною мочалкою (мал. 27): спочатку голову, потім тулуб, верхні і нижні кінцівки, пахвинну ділянку і промежину.
11. Запропонувати пацієнтові допомогу при митті голови, якщо він не може цього зробити самостійно:
 - скласти пелюшку в декілька шарів і попросити пацієнта прикрити нею очі;
 - змочити волосся, поливаючи його водою з глечика;
 - нанести трохи шампуню на волосся;
 - вимити голову, обережно масажуючи шкіру, змити мильну піну водою. *Примітка:* якщо пацієнт просить, повторити миття голови ще раз; забрати пелюшку, що закриває очі, витерти волосся.
12. Допомогти пацієнтові підвестися у ванні (за потреби допомагає ще одна медична сестра, застосовують правильну біомеханіку тіла).
13. Накрити плечі пацієнта рушником і допомогти йому вийти з ванни (за потреби допомагає ще одна медична сестра).
14. Допомогти пацієнтові насухо витерти тіло. Упевнитися, що шкіра між пальцями суха.
15. Допомогти пацієнтові причесатися, одягтися і взутися.
16. Зняти фартух і покласти його у водонепроникний мішок. Вимити і висушити руки.
17. Зробити запис про виконану процедуру і реакцію пацієнта.
18. Переконатися в комфортному стані пацієнта.

Тривалість ванни — не більше 20-25 хв (див. мал. 29).

Можливі ускладнення: погіршення серця, серцебиття, запаморочення, зміна кольору шкірних покривів. З появою таких ознак необхідно припинити миття у ванні і надати ДОПОМОГУ ПАЦІЄНТОВІ.

При санітарному обробленні пацієнта з ослабленим здоров'ям при-

сутність парамедика, спеціально підготовленого члена родини або помічника обов'язкова.

Мал. 28. Пристосування для ванни

323

Найпростіші пристосування (мал. 28) допоможуть пацієнтові набути зруч- І ного положення, зберегти впевненість у безпеці процедури, почувати себе І комфортно.

Надання допомоги пацієнтові під час гігієнічного душу та миття голови

Мета: повне санітарне оброблення тіла. І

Показання — див. "Надання допомоги І

пацієнтові під час гігієнічної ванни та мит-

тя голови".

Противопоказання: тяжкий стан хворого.

Положення пацієнта — сидючи на стільчику. І

Підготувати: клейончастий фартух, ма- і

рукавичку, глечик, гребінець, мило, шампунь, рушник,

пелюшку, клейончас- тий мішок.

Послідовність дій

Пояснити пацієнтові хід процедури и

отримати його згоду.

2. Одягнути рукавички і підготувати ванну (див Мал. 29. Застосування спеціального проведення ГІГІЄНІЧНОЇ ванни).

з поставити у ванну спеціальне сидін- І ня для миття (мал. 29).

4. Попередити пацієнта про можливі неприємні відчуття (серцебиття і за- і дишку) і за потреби повідомити про це медичну сестру.

5. Допомогти пацієнтові стати у ванну, підтримуючи його ззаду під лікті, і І потім сісти на сидіння або на стільчик.

6. Спонукати пацієнта до самостійного миття. Пропонувати допомогу в \ тому разі, якщо вона необхідна.

7. Вимити пацієнта рукавичкою або допомогти йому в тій само послідовності, що й під час приймання ванни.

8. Допомогти пацієнтові витертися рушником і одягтися.

9. Зняти рукавички.

10. Переконатися в комфортному стані пацієнта.

Можливі ускладнення: загальна слабкість, погіршення самопочуття.

1. Зняти фартух і покласти його в клейончастий мішок, вимити і висушити і руки.

2. Зробити запис про виконану процедуру і реакцію пацієнта.

Транспортування і перекладання пацієнта

Мета: створення максимального спокою для пацієнта.

Показання: тяжкий стан пацієнта.

Підготувати: ноші, каталку, простирадло, ковдру, крісло-каталку.

324

Послідовність дій

1. Супроводжувати пацієнтів, які можуть пересуватися самостійно.

2. Тяжкохворих транспортувати на ношах, каталках, кріслах-каталках.

3. На ношах (каталках) пацієнта несуть 2—4 особи, які йдуть не в ногу, голова пацієнта завжди обернена в бік руху, крім опускання сходами.

4. При підніманні й опусканні пацієнта сходами піднімати ножний кінець нош.

5. При перекладанні пацієнта в ліжко каталку слід поставити ножним кінцем до узголів'я ліжка і стати обличчям до пацієнта:

а) один медичний працівник підводить руки під шию і тулуб пацієнта, інший — під поперекову ділянку і ноги;

б) підняти і перенести пацієнта, вкрити.

Можливі проблеми пацієнта

(на прикладі розв'язання ситуаційної задачі)

У процесі проведення зовнішнього огляду пацієнта в приймальному відділенні медична сестра виявила гниди на волосистій частині голови. Пацієнту про це було невідомо. Але скаржився на свербіж шкіри голови.

Виявіть проблеми пацієнта.

Заповніть план догляду.

Яку медичну документацію приймального відділення медична сестра має заповнити?

План сестринського догляду

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта Відділення

№ палати

Дата	Проблема	Мета	Сестринські втручання
12.01.2010 р.	1. Свербіж волосистої частини голови у зв'язку з педикульозом. 2. Пацієнт не знає про педикульоз	Свербіж волосистої частини голови не буде	1. Провести бесіду про захворювання на педикульоз: — збудник захворювання; — клінічні прояви; — профілактичні заходи; — проведення відповідних заходів санітарного оброблення пацієнтів при педикульозі; — сучасні дезінфекційні протипедикульозні засоби. 2. Здійснити відповідні заходи при виявленні педикульозу. 3. Перевірити волосисту частину голови на педикульоз та гниди через 7 днів

Погоджено з лікарем, який лікує пацієнта: Медична сестра

(підпис)

Лікар

(підпис)

325

БЕЗПЕЧНЕ ЛІКАРНЯНЕ СЕРЕДОВИЩЕ.

ЛІКУВАЛЬНО-ОХОРОННИЙ РЕЖИМ

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.

БИОМЕХАНІКА ТІЛА, ПЕРЕМІЩЕННЯ ПАЦІЄНТА В ЛІЖКУ,

ЗАПОБІГАННЯ ТРАВМУВАННЮ ПАЦІЄНТА

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- поняття лікувально-охоронного режиму, його елементи і значення для пацієнта;
- правильну біомеханіку при різних положеннях тіла пацієнта в ліжку;
- чинники ризику нещасних випадків у пацієнтів різного віку;
- методи зниження ризику падіння та інших травм у пацієнта;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад пов'язані з порушенням рухової активності.

Сестринські втручання.

Уміти:

- зібрати необхідну інформацію про пацієнта, обговорити план спільних дій з пацієнтом і колегою перед транспортуванням пацієнта;
- застосовувати правила біомеханіки при організації робочого місця і в процесі діяльності медичної сестри для запобігання травмуванню хребта.

Володіти навичками:

- безпечного транспортування пацієнта на каталці, кріслі-каталці, ношах, на руках;
- надання допомоги пацієнту при зміні положення його тіла в ліжку (на фантомі).

Безпека лікарняного середовища

Лікувальний заклад має бути безпечним для перебування в ньому і пацієнтів, і персоналу.

Поняття лікувально-охоронного режиму, його елементи, значення

Лікувально-охоронний режим — це комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на забезпечення фізичного і психічного спокою пацієнта. У його основі лежать правильно організований догляд за пацієнтом у відділенні, створення сприятливої лікарняної обстановки, ліквідація травмівних факторів, організація дозвілля пацієнта.

Режим лікарні слід організувати так, щоб забезпечити пацієнтові спокій. Треба намагатися відгородити пацієнта від усього, що може його дратувати,

331

хвилювати. Добре відомо, що успіх лікування багато в чому залежить від ду- і шевного стану пацієнта.

Насамперед необхідно створити затишок у палаті, відділенні: зручне ліжко; і стіни, пофарбовані у світлі тони; картини життєстверджувального характеру.

Гнітюче враження на пацієнта можуть справляти зорові подразники: **за-Я** кривавлені шматки марлі, шприци, скальпель зі слідами крові, лоток із від- і працюваним перев'язувальним матеріалом.

Велике значення має поведінка медичних сестер біля ліжка пацієнта. Із і хворою людиною треба поводитися з урахуванням його психології і нестійкої і нервової системи. Медична сестра повинна вміти розмовляти з пацієнтом, і проявляючи особливий такт у спілкуванні. Різні переживання, тривоги, побоювання, страждання, постійні думки про і хворобу змінюють психіку людини.

Відомо, що у виникненні захворювання, його перебігу й виникненні на-1 слідків велике значення має стан нервової системи. Тому медична сестра і повинна насамперед впливати сприятливо на нервову систему пацієнта: не і слід сперечатися з ним, підвищувати голос. Необхідно зберігати спокій, на-1 віть якщо пацієнт збуджений і грубий. Слід намагатися заспокоїти пацієнта і навіть у чомусь поступитися йому, але водночас наполегливо вимагати ви- і конання всіх необхідних заходів і виконувати існуючий розпорядок і прави- і ла. Якщо пацієнт недисциплінований, не виконує призначення лікаря, то до і нього можна проявити суворість.

Велику увагу слід приділяти купіруванню болю, намагатися виконувати про- і цедури й маніпуляції безболісно. Деякі болючі відчуття, пов'язані із захворю- і ванням, можна усунути або зменшити, створивши пацієнтові комфорт: зручно і укласти його в постелі, враховуючи характер його захворювання, вчасно змі- і нити і поправити стисну пов'язку, застосувати тепло, холод або зробити масаж.

Головною складовою лікувально-охоронного режиму є суворе дотримання розпорядку дня і повне взаєморозуміння між пацієнтом і медичними праців- і никами.

Кожне відділення має в установленому порядку обов'язковий для персоналу й пацієнтів внутрішній розпорядок, який забезпечує пацієнтам дотримай- і ня лікувально-охоронного режиму.

Правильно складений режим припускає гарний сон і відпочинок, регулярне дієтичне харчування, лікарське спостереження і систематичне медсестрин-ське спостереження і догляд, своєчасне виконання лікарських і діагностичних і процедур.

Зразок внутрішнього розпорядку терапевтичного відділення

6:00 — 7:00 Підйом, вимірювання температури тіла

7:00 — 8:00 Ранковий туалет

8:00 - 10:00 Сніданок

10:00 — 12:00 Обхід лікарів

12:00 — 14:00 Виконання лікарських призначень

332

14:00 - 15:00 Обід

15:00 — 17:00 Тиха година (відпочинок)
17:00 — 18:00 Прогулянки, відвідування рідними
18:00 — 19:00 Вимірювання температури тіла
19:00 — 20:00 Вечеря
20:00 - 22:00 Вільний час
22:00 - Сон

Створення в лікарні оптимального лікувально-охоронного режиму є завданням, у здійсненні якого повинні брати участь усі служби відділення, лікарні.

Утримання, допомога при ходьбі, переміщення і розміщення пацієнта в ліжку

При догляді за пацієнтами використовують деякі методики безпеки обслуговуючого персоналу.

Неправильний догляд за пацієнтами є переважною причиною травм спини, появи болю в медичної сестри в процесі догляду.

Тому важливо користуватися правилами поведження, розробленими для того щоб зменшити тиск на хребет і тулуб під час транспортування, переміщення і перекладання пацієнта.

Перш ніж почати переміщення пацієнта, необхідно визначити:

- мету переміщення;
- стан здоров'я пацієнта, можливості для співробітництва;
- наявність допоміжних механічних засобів для переміщення (палиця, милиці, ходунки);
- визначити роль керівника, який зможе давати ясні, чіткі команди і пояснення пацієнтові.

При виконанні пересування, підняття, переміщення обслуговуючому персоналу необхідно пам'ятати:

- перед тим як піднімати пацієнта, потрібно надати йому безпечного зручного положення;
- обслуговуючому персоналу слід набути безпечного зручного положення з дотриманням рівноваги відносно маси тіла пацієнта і напрямку руху;
- використовувати масу власного тіла для зняття напруження, спричиненого рухами рук, особливо якщо потрібно робити кілька розгойдувальних рухів, щоб створити необхідну рушійну силу для підняття пацієнта (розгойду-вальні рухи робіть дуже обережно);
- піднімаючи пацієнта, слід переконатися, що ваші ноги займають стійке положення; потрібно переконатися, що обрали найкраще положення для втримання пацієнта; спину слід тримати прямо, підходити до пацієнта так близько, наскільки це можливо, і виконувати рух у тому само ритмі, що й інші помічники. Пам'ятайте, що пересування пацієнта може бути успішним тільки за умови погодженості дій у бригаді;
- потрібно вибрати лідера, який керуватиме процесом і віддаватиме команди;

333

- слід вибрати найкращу методику поведження з пацієнтом;
- необхідно визначити, хто прийме на себе найважчу роботу, а саме: утримання стегон і тулуба пацієнта (це повинна виконувати фізично найсильніша медична сестра, незалежно від посади).

На здоров'я медичного персоналу впливають досить серйозні небезпечні фактори.

Фактори ризику в роботі медичної сестри

1. Переміщення важкого.
2. Забруднення атмосферного повітря.
3. Вплив шуму.
4. Постачання питною водою і видалення відходів, що не відповідають вимогам.
5. Порушення санітарних правил і інструкцій.
6. Вплив токсичних речовин.
7. Вплив іонізуючої радіації.
8. Вплив канцерогенних речовин.
9. Обслуговування надмірної кількості пацієнтів.
10. Відсутність кімнат у ЛПЗ.

Профілактика лікарняного травматизму

1. Падіння. Запобіжні заходи:

- 1) негайно витирати з підлоги воду або іншу розливу рідину;
- 2) прибирати з дороги усі предмети під час руху пацієнта;
- 3) установити поручні на ліжка, а також за потреби — у ванній кімнаті і на шляху переміщення пацієнта;
- 4) установити світлові сигнали для виклику медичної сестри;
- 5) не залишати дітей без нагляду;
- 6) не користуватися проводами і дренажними трубками, які легко заплутуються; надавати ліжкам найнижчого положення;
- 7) установити гальма на ліжках і кріслах;
- 8) супроводжувати пацієнтів, схильних до запаморочення, нападів слабкості, сплутаної свідомості;
- 9) користуватися безпечними методами транспортування пацієнтів.

2. Електрошок. Запобіжні заходи:

- 1) дотримувати правил техніки безпеки при роботі з електроприладами;
- 1) перед умиканням електроприладів перевіряти цілість проводів, розеток, наявність заземлення;
- 2) не залишати електроприлади увімкненими в мережу без потреби.

3. Опіки. Запобіжні заходи:

334

- 1) перед проведенням процедури перевіряти температуру гарячої води у ванній і гарячих компресів;
- 2) при користуванні грілками-подушками, лампами опромінювання стежити за часом теплового впливу, температурою приладів, відстанню від оголених ділянок тіла пацієнта;
- 3) не дозволяти пацієнту курити в ліжку;
- 4) забороняти курити поблизу балонів із киснем;
- 5) не перевантажувати розетки електроприладами;
- 6) дотримувати правил протипожежної безпеки, які діють у лікарні (відділенні).

4. Опромінювання. Запобіжні заходи:

- 1) спостерігати за можливими ознаками опромінювання в пацієнтів, які отримують променево-терапію;
- 2) встановлювати захисні екрани для обмеження часу впливу на пацієнта променевої експозиції;
- 3) дотримувати правил променевої терапії, які діють у лікарні (відділенні).

5. Отруєння, пов'язані з неправильним використанням лікарських засобів. Запобіжні заходи:

- 1) прибирати від пацієнтів токсичні речовини (дезінфекційні засоби, антисептики та ін.);
- 2) не зберігати токсичні речовини в посуді, що призначений для пиття або ліків;
- 3) не залишати ліки на тумбочці пацієнта;
- 4) не залишати відчиненою шафу з лікарськими засобами;
- 5) перед роздаванням ліків перевіряти етикетки і призначені пацієнтові дози;
- 6) спостерігати за можливими побічними діями лікарських засобів, виявляти ознаки лікарської алергії;
- 7) обов'язково бути присутніми під час приймання пацієнтом лікарських засобів;
- 8) зберігати лікарські речовини в недоступному для пацієнтів місці.

6. Травми пацієнтів з високим ризиком нещасних випадків. Фактори високого ризику падіння пацієнтів:

- порушення слуху та зору;
- порушення ходи;
- порушення рівноваги;
- наявність в історії хвороби документів, що констатують факти падіння;
- сплутаність свідомості або дезорієнтація;

- ортостатична гіпотензія;
- погіршення рухомості;
- збільшення проміжку часу між словами медичної сестри та відповідною реакцією пацієнта;
- вік пацієнтів понад 65 років;

335

— лікарська терапія: гіпотензивні засоби, діуретики, нітрати, снодійні, транквілізатори, седативні анальгетики. *Запобіжні заходи:*

- 1) розміщати пацієнтів у спеціалізованих палатах зі встановленими поручнями;
- 2) правильно використовувати засоби механічного утримання пацієнтів від падіння;
- 3) використовувати нічне освітлення у палатах;
- 4) установити для пацієнтів світлову сигналізацію для виклику медичної сестри;
- 5) уважно спостерігати за пацієнтами і швидко реагувати на сигнали виклику;
- 6) турбуватися про своєчасне задоволення природних потреб пацієнтів;
- 7) переконати пацієнта та його рідних у потребі надання допомоги при вставанні і переміщенні;
- 8) попередити весь медичний персонал лікарні про наявність високого ризику падіння пацієнта;
- 9) розміщувати пацієнтів з чинниками високого ризику падіння у палати, які розташовані поблизу поста медичної сестри.

Стрес і нервово виснаження

Робота медичної сестри, як правило, сконцентрована там, де виникають проблеми — соціальні, психологічні та пов'язані з охороною здоров'я. Це означає, що медична сестра дуже багато часу приділяє проблемам, що розглядаються як функціональні порушення. Робота медичної сестри також передбачає виконання завдань, які можуть викликати обурення і жах. Вона часто зустрічає біль, страждання і смерть, може постійно перебувати в стані важкого психічного стресу. У неї з'являються ознаки стресу, а також фізичні симптоми — виразка шлунка, артеріальна гіпертензія, розлад сну та ін. Останніми роками ці проблеми привертають усе більшу увагу, адже дослідження показали, що медичні сестри зазнають ризику нервового виснаження і становлять групу ризику ранньої (вище середнього рівня) смертності. Як з'ясувалося, чинниками стресу серед медичних сестер є навантаження на робочому місці, стосунки з керівниками й адміністраторами. Для жінок головним чинником стресу є необхідність поєднання професійних обов'язків із веденням домашнього господарства і утриманням сім'ї.

З точки зору охорони здоров'я нервово виснаження визначають як "втрату інтересу і відсутність уваги до людей, з якими ви працюєте, емоційне виснаження, яке виявляється в тому, що особа, яка здійснює догляд, не виявляє ніяких позитивних почуттів, симпатії або поваги до пацієнта".

336

Нервово виснаження характеризується трьома ознаками. *Перша ознака* — фізичне виснаження. Людина відчуває недостатність сил, хронічну перевтому і загальну слабкість, частий головний біль, м'язове напруження в плечах і шиї, біль у попереку, погіршення апетиту і зниження маси тіла, а також проблеми зі сном. *Друга ознака* — емоційне перенапруження. Виражається в розвитку депресії і безпомічності. Сім'я і друзі стають ще одним тягарем, а не джерелом підтримки. *Третя ознака* — психічне перенапруження. У людини з'являється негативне ставлення до себе, роботи, інших людей, а також до життя взагалі.

Профілактика нервового виснаження. Якщо виникли будь-які із перерахованих загальних симптомів нервового виснаження, слід визначити причину їх появи. Зниженню ризику

6. Не починайте повертатися з попереку! Піднімання вантажів

1. Перед підніманням вантажів розмістіть стопи на відстані 30 см одна від іншої так, щоб одна стопа трохи була висунута вперед. Таке положення забезпечує надійну опору, сприяє кращому утриманню рівноваги тіла.
2. Пацієнт або вантаж мають бути поряд з вами на такій відстані, за якої вам не доведеться нахилитися вперед, щоб дістати його.
3. Піднімаючи пацієнта або предмет, притискайте його до свого тіла.
4. При підніманні важкого предмета утримуйте у вертикальному положенні верхню частину свого тіла і згинайте лише ноги в колінах. Роботу здійснюйте тільки м'язами стегон, а не спини.
5. Піднімайте вантаж повільно, без різких рухів, поворотів. Рухаючись повільно, ви гарантуєте безпеку собі, колегам і пацієнтові (мал. 34).

Мал. 34. Положення тіла при підніманні важких предметів

339

• 5-й етап. Роз'яснити пацієнтові суть процедури, щоб заспокоїти його і спонукати до співпраці;

• 6-й етап. Надати ліжку горизонтального положення, зафіксувати колеса. Таким чином забезпечуються зручний доступ до пацієнта і можливість його переміщення без додаткових зусиль;

• 7-й етап. Для зниження ризику інфекції після процедури необхідно вимити руки;

• 8-й етап. Після переміщення пацієнта ліжко опустити, підняти поручні для забезпечення безпеки пацієнта;

• 9-й етап. Перевірити правильність положення пацієнта: спина має бути випрямлена, без викривлення та напруження. З'ясувати, чи зручно пацієнту.

Утримання пацієнта при підніманні {виконують дві особи і більше). Якщо здійснюється підняття пацієнта без допоміжних засобів, необхідно міцно взятися за руки (мал. 36):

- а) правою кистю обхопити внутрішній бік правого зап'ястка вашого помічника — це зап'ястковий, або одиничний, захват;
- б) обхопити правою кистю один одного в ділянці правого зап'ястка, розміщуючи кисть на передній поверхні, — це подвійний зап'ястковий захват;
- в) узяти одне одного правою рукою, як під час рукостискання, — це захват рукою; рукостискання, — це захват рукою;
- г) обхопити правою рукою I—V пальці один одного — це захват пальцями.

Перелік практичних навичок

1. Підтримування пацієнта методом "захват через руку" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).
2. Підтримування пацієнта методом "захват при піднятому лікті" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).
3. Підтримування пацієнта за пасок (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати).
4. Підтримування пацієнта при ходьбі (виконує одна медична сестра).
5. Піднімання пацієнта зі стільця за допомогою розгойдування і переміщення його на інший стілець/крісло/ліжко (виконує одна медична сестра).
6. Переміщення безпомічного пацієнта в ліжку (виконує одна медична сестра).

341

7. Повертання і розміщення пацієнта в положенні лежачи на животі (виконує одна медична сестра за призначенням лікаря; пацієнт може допомагати).

8. Розміщення пацієнта в положенні Фаулера (виконує одна медична сестра).
9. Розміщення пацієнта в положенні Сімса (проміжне між положенням на животі та на боці; пацієнт може допомогти лише частково або не може допомогти зовсім; виконує одна або дві медичні сестри).
10. Розміщення пацієнта в положенні лежачи на спині (виконує одна медична сестра).
11. Повертання безпомічного пацієнта на бік.
12. Розміщення пацієнта в положенні сидячи в ліжку, на стільці (кріслі-ка-талці) з опущеними додолу ногами.
13. Транспортування пацієнта.
14. Перенесення пацієнта трьома медичними сестрами.

Підтримування пацієнта методом "захват через руку" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати)

Показання: підтримання і переміщення позаду пацієнта, здатного допомогти медичній сестрі (мал. 37).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати його згоду.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови.
3. Попросити пацієнта, який стоїть чи сидить, схрестити руки і притиснути їх до грудей (якщо одна рука пацієнта ослаблена, обхоплює зап'ясток кволої руки більш сильною).
4. Стати позаду пацієнта (позаду крісла чи стільця, на якому він сидить).
5. Просунути свої руки ззаду між руками і грудною кліткою пацієнта з обох боків і обхопити його руки якомога ближче до зап'ястків.
6. Підтримувати або переміщувати пацієнта ззаду.
7. Вимити і висушити руки після процедури.

Підтримування пацієнта методом "захват при піднятому лікті" (виконує одна медична сестра, пацієнт може допомагати)

Показання: підтримання і переміщення пацієнта, здатного допомогти (мал. 38).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати його згоду.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови.

342

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати його згоду.
2. Зрушити обидва сидіння разом (ріг до рогу), фіксує гальма і знявши бічні бильця стільців (крісел).
3. Стати обличчям до пацієнта: ноги розставити на ширину плечей: однією стопою притримувати стопи пацієнта, іншою — ніжку стільця.
4. Попросити пацієнта нахилитися вперед так, щоб його плече впиралося у вашу грудну клітку, а голова була між плечем і бічною поверхнею грудної клітки.
5. Пересунути пацієнта на край стільця, розхитуючи його з боку в бік і переставляючи ноги вперед. Коліна пацієнта зігнуті під кутом 90°. Коліна і стопи зведені разом.
6. Поставити одну ногу поруч із пацієнтом, а іншу перед ним, зафіксувати його коліна.
7. Почати розгойдування з плавних ритмічних рухів, перемішуючи масу свого тіла вперед-назад, утримуючи пацієнта близько до себе.
8. Попередити пацієнта, що на рахунок "три" ви допоможете йому підвестися, при цьому збільшуйте амплітуду розгойдування.
9. Підняти пацієнта і перемістити його під кутом 90° з цього положення в інше крісло (стілець, ліжко).
10. Вимити і висушити руки.

Переміщення безпомічного пацієнта в ліжку (виконує одна медична сестра)

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати його згоду.
2. Повернути пацієнта на спину, перевірити правильність положення тіла.
3. Опустити узголів'я ліжка в горизонтальному положенні.
4. Подушку покласти в узголів'я, щоб пацієнт не вдарився головою об спинку ліжка.
5. Встати обличчям до нижнього кінця ліжка під кутом 45°.
6. Розставити ноги на 30 см, щоб та нога, яка ближче до узголів'я, трохи стояла назад (передньо-заднє положення ніг).
7. Зігнути ноги у колінах і стегнах так, щоб руки були на рівні ніг пацієнта.
8. Перемістити центр ваги на відставлену назад ногу і пересунути ноги пацієнта по діагоналі до узголів'я ліжка.
9. Переміститись паралельно до стегон пацієнта.
10. Зігнути ноги в стегнах та колінах, щоб руки були на рівні тулуба пацієнта. При цьому роботу здійснюють м'язи стегон, а не спини.
11. Пересунути таз пацієнта по діагоналі до узголів'я.
12. Переміститись уздовж тулуба пацієнта паралельно верхній частині його тіла.

345

13. Підсунути руку, яка ближче до узголів'я, під плече пацієнта, знизу обійняти рукою його плече. Плече треба одночасно підтримувати кистю.
14. Іншу руку підсунути під верхню частину спини. Підтримування голови та шиї забезпечує належну випрямленість тіла пацієнта і запобігає травматизму, а підтримування тулуба зменшує тертя.
15. Пересунути тулуб, плечі, голову та шию пацієнта по діагоналі до узголів'я.
16. Підняти бічний поручень ліжка для запобігання падінню пацієнта, а потім перейти на інший бік ліжка.
17. Перехід з одного боку на інший повторювати доти, доки тіло пацієнта не досягне бажаної висоти.
18. Перемістити пацієнта на середину ліжка, по черзі маніпулюючи трьома відділами хребта.
19. Підняти бічні поручні для гарантування безпеки пацієнта.
20. Вимити руки.

Повертання і розміщення пацієнта в положенні лежачи на животі (виконує одна медична сестра за призначенням лікаря; пацієнт може допомагати)

Показання: вимушене чи пасивне положення тіла; ризик розвитку пролежнів, зміна положення. *Послідовність дій*

1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови. Закріпити гальма ліжка.
3. Підготувати згорнуту ковдру або рушник, невелику подушку, валики.
4. Опустити бічні поручні (якщо вони є) зі свого боку.
5. Опустити узголів'я ліжка (чи прибрати подушку), надавши ліжку горизонтального положення.
6. Обережно підвести голову пацієнта, прибрати звичайну і покласти маленьку подушку.
7. Пересунути пацієнта на край ліжка.
8. Розігнути руку пацієнта в ліктьовому суглобі, притиснути її до тулуба по всій довжині, підкласти кисть під стегно чи підняти вгору та витягнути вздовж голови.
9. Підняти бічні поручні. Перейти на інший бік ліжка. Опустити бічні поручні з того боку ліжка.
10. Стати колінами на ліжку. Покласти згорнуту ковдру або невелику подушку під верхню частину живота пацієнта. Покласти одну руку на віддалене від вас плече пацієнта, а іншу руку — на віддалене від вас стегно, поставити коліно на ліжку пацієнта, підклавши під коліно невелику подушку (протектор).
11. Перевернути пацієнта на живіт у свій бік. Голова пацієнта має бути повернута набік.

346

12. Підкласти подушку під гомілки, щоб пальці торкались ліжка.
13. Зігнути руку, до якої звернена голова пацієнта, у ліктьовому суглобі під кутом 90° .
14. Покласти подушку (або поролон у чохлі) під лікті, передпліччя, кисті (мал. 42).
15. Підкласти невеликі валики поряд зі стопами (із зовнішнього боку).
16. Розправити простирadlo і підкладену пелюшку.
17. Упевнитися, що пацієнтові зручно. Підняти бічні поручні.
18. Вимити і висушити руки.

Розміщення пацієнта в положенні Фаулера (виконує одна медична сестра)

Можна виконувати як на функціональному, так і на звичайному ліжку.

Показання: вимушене положення пацієнта (у тому числі при геміплегії, тетраплегії); ризик розвитку пролежнів; необхідність фізіологічних відправлень у ліжку. *Послідовність дій* 1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта. 2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови. Закріпити гальма ліжка. 3. Підготувати подушки, валики із ковдр, опору для ніг. 4. Опустити бічні поручні (якщо вони є) зі свого боку. 5. Переконайтесь, що пацієнт лежить на спині посередині ліжка, та прибрати подушки. 6. Підняти узголів'я ліжка під кутом $45\text{—}60^\circ$ (90° — високе положення Фаулера, 30° — низьке положення Фаулера) чи підкласти три подушки: людина, що прямо сидить на ліжку, перебуває в положенні Фаулера (мал. 43). 7.

Підкласти подушку чи складе-

ну ковдру під гомілки пацієнта.

8. Покласти під голову невелику подушку (у тому разі, якщо не піднімалось узголів'я).
9. Покласти під передпліччя і кисті подушку (якщо пацієнт не може самостійно рухати руками). Передпліччя і зап'ястки мають бути трохи підняті і розміщені долонями вниз.
10. Підкласти пацієнту під поперек подушку.
11. Покласти невелику подушку чи валик під коліна пацієнта.

12. Підкласти невелику подушку пацієнту під п'яти.
13. Забезпечити опору для підтримування стоп під кутом 90° (якщо необхідно).
14. Упевнитися, що пацієнт лежить зручно. Підняти бічні поручні.
15. Вимити і висушити руки.

Розміщення пацієнта в положенні Сімса (проміжне між положенням на животі та на боці; пацієнт може допомогти лише частково або не може допомогти зовсім; виконує одна або дві медичні сестри)

Можна виконувати як на функціональному, так і на звичайному ліжку.

Показання: вимушене пасивне положення; ризик розвитку пролежнів.

Послідовність дій

1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови. Закріпити гальма ліжка.
3. Підготувати додаткову подушку, валики, опору для ніг, $1/2$ гумового м'ячика.
4. Опустити бічні поручні (якщо вони є) зі свого боку.
5. Перевести узголів'я ліжка в горизонтальне положення (або забрати подушки).
6. Покласти пацієнта на спину.
7. Змістити пацієнта на край ліжка.
8. Змістити пацієнта в положення лежачи на боці і частково на животі.
9. Підкласти подушку під голову пацієнту.
10. Під "верхню" зігнуту руку покласти подушку на рівні плеча. Іншу руку пацієнта покласти на простирadlo.
11. Під зігнуту "верхню" ногу покласти подушку так, щоб нога була на рівні стегна.
12. Біля підшви ноги покласти мішечок з піском (мал. 44).
13. Упевнитись, що пацієнтові зручно. Поправити простирadlo та пелюшку. Поправити поручні.

14. Вимити і висушити руки.

Розміщення пацієнта в положенні лежачи на спині (виконує одна медична сестра)

Можна виконувати як на функціональному, так і на звичайному ліжку. *Показання:* вимушене або пасивне положення тіла; ризик розвитку пролежнів; гігієнічні процедури в ліжку.

348

Послідовність дій

1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови. Закріпити гальма ліжка.
3. Підготувати подушки, валики з ковдри, опору для ніг.
4. Опустити бічні поручні (якщо є) зі свого боку.
5. Опустити узголів'я ліжка (забрати зайві подушки), надаючи горизонтального положення. Упевнитись, що пацієнт лежить посередині ліжка.
6. Надати пацієнту правильного положення:
 - а) покласти подушку під голову (або поправити ту, що залишилась);
 - б) покласти руки вздовж тулуба долонями вниз;
 - в) розмістити нижні кінцівки на одній лінії з кульшовими суглобами.
7. Підкласти невелику подушку під верхню частину плечей та шиї.
8. Покласти під поперек невеликий, згорнутий у валик рушник.
9. Покласти валики зі згорнутого в рулон простирадла вздовж зовнішньої поверхні ілеюн, починаючи з ділянки великого вертлюга стегнової кістки.
10. Покласти невелику подушку або валик під гомілки в ділянці їх нижньої третини.
11. Забезпечити опору для підтримання стоп під кутом 90°.
12. Покласти під передпліччя невеликі подушки (мал. 45).
13. Упевнитись, що пацієнтові зручно. Підняти бічні поручні.
14. Вимити і висушити руки.

Повертання безпомічного пацієнта на бік

Можна виконувати як на функціональному, так і на звичайному ліжку. *Послідовність дій*

1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта.
2. Оцінити стан пацієнта і навколишні умови. Закріпити гальма ліжка.
3. Підготувати подушки, ліжко перевести в горизонтальне положення.
4. Відсунути пацієнта від себе, ближче до краю ліжка, забезпечуючи достатньо місця для повертання.
5. Зігнути коліно пацієнта, яке не лежатиме на матраці.
6. Покласти одну руку пацієнта на плече, а іншу — на стегно для запобігання травмуванню суглобів.
7. Повернути пацієнта до себе для зменшення ризику травми.
8. Одну руку пацієнта покласти на зігнуте у коліні стегно, а іншу — на протилежне від себе плече і, користуючись "принципом важеля", перевернути пацієнта на бік.

349

9. Покласти подушку під голову і шию пацієнта для зменшення згинання в бік шиї та напруження груднинно-ключично-соскоподібного м'яза.
10. Висунути вперед лопатку пацієнта для зменшення дії маси тіла на плечовий суглоб.

11. Руки пацієнта трохи зігнути; рука, що зверху, має лежати на рівні з тілом на підкладеній подушці — так забезпечується захист суглоба та поліпшується вентиляція легень.
12. Іншу руку, зігнуту в ліктьовому суглобі ("нижню" руку), покласти на подушку поруч з головою.
13. Для втримання пацієнта, який лежатиме на боці, згорнути подушку вздовж і її рівну поверхню підкласти під спину пацієнта.
14. Підкласти подушку під напівзігнуту "верхню" ногу пацієнта від пахвинної ділянки до стопи. Так забезпечується надійна випрямленість ноги; ліквідується здавлення в ділянці колінного та над'яtkово-гомiлкового суглобiв, кісткових виступів велико- та малогомiлкової кісток; ліквідується пе-рерозгинання ноги.
15. Мішечок з піском покласти біля підшви "нижньої" ноги для запобігання її відвислості та забезпечення тильного згину стопи (мал. 46).
16. Упевнившись, що пацієнтові зручно, перевірити правильність положення тіла пацієнта.
17. Опустити ліжко та підняти поручні для убезпечення пацієнта.
18. Вимити руки.

Розміщення пацієнта в положенні сидячи у ліжку, на стільці (кріслі-каталці) з опущеними додолю ногами

Послідовність дій

1. Пояснити хід процедури, отримати згоду пацієнта, оцінити можливості його участі в ній.
2. Підняти ліжко на максимально зручну для роботи висоту, зафіксувати колеса.
3. Повернути пацієнта на спину. За потреби надати пацієнтові додаткову допомогу в проведенні санітарно-гігієнічних заходів (подати судно, підмити, змінити пелюшки).
4. Прибрати з ліжка подушку та інші предмети, які можуть заважати переміщенню пацієнта.
5. Встати обличчям до узголів'я (таке положення зменшує кількість рухів тіла медичної сестри під час переміщення пацієнта). Поставити ноги на шири-

350

ну 30 см у передньо-задньому положенні. Так покращується рівновага та створюються умови для перенесення центра ваги при всаджуванні пацієнта.

6. Руку, що далі від пацієнта, підвести під плече і підтримувати його голову і шию.
7. Іншу руку покласти на матрац для забезпечення опори та рівноваги.
8. Перенести центр ваги на відставлену назад ногу та трохи підняти пацієнта в положенні сидячи (під час перенесення центру ваги в тому самому напрямку переміщується і пацієнт).
9. Обпертися рукою на ліжко. Це слід робити для захисту м'язів спини від перевантаження і рівномірного його розподілу при всаджуванні пацієнта.
10. Укласти пацієнта на бік обличчям до себе, ближче до краю ліжка, де він сидітиме.
11. Максимально підняти узголів'я ліжка (підвищене положення узголів'я зменшує роботу, яку мають зробити пацієнт і медична сестра при всаджуванні).
12. Стати поруч з пацієнтом біля його стегон.
13. Повернутися обличчям до віддаленого кута узголів'я ліжка. Таке положення зменшує обертання тіла, адже стоїте обличчям у напрямку пересування пацієнта.
14. Поставити ноги на ширину 30 см. Ближчу до узголів'я ногу посунути трохи вперед для збереження рівноваги і перенесення центра ваги тіла при всаджуванні пацієнта на край ліжка.
15. Ближчу до узголів'я руку підвести під плече пацієнта, одночасно підтримуючи його голову і шию.
16. Іншу руку — під коліна, обхопивши їх збоку. Не нахилитися. Зігнути ноги в колінах.
17. Піднімаючи пацієнта, опустити його ноги додолю через край ліжка для зменшення тертя і опору. Одночасно повернути на ліжку в горизонтальному положенні під кутом 90°, покласти

на стегна пацієнта ту руку, яка була під колінами пацієнта, щоб утримувати його при всаджуванні.

18. Для зменшення ризику падіння пацієнта слід залишатися біля нього доти, доки він не віднайде рівновагу (мал. 47).

351

19. Опустити ліжко і дочекатися, доки пацієнт не торкнеться ногами підлоги, при цьому ноги його залишаються в зігнутому положенні, щоб він міг легко встати поруч з ліжком.

20. Пересадити пацієнта на стілець (у крісло-каталку). Попросити пацієнта повідомити, коли відчує край стільця (кріс-ла-каталки) задньою поверхнею стегна.

21. Опустити пацієнта на стілець (у крісло-каталку). Для цього зігнути свої коліна, підтримуючи ними коліна

і зм. і пш і рх-ті і д і в шті і вчнн

пацієнта; тримати свою спину прямо; пацієнт може допомогти, якщо покладе свої руки на край стільця (на ручки крісла-каталки), щоб сісти на нього (мал. 48).

22. Упевнитись, що пацієнт сидить надійно.

23. Взяти пацієнта.

Транспортування пацієнта

Послідовність дій

1. Оцінити фізичні та психічні здібності пацієнта щодо участі в процедурі: м'язову силу, рівень свідомості і готовність до виконання інструкції.

2. Підготувати необхідне обладнання:

а) ремінь для підтримання, якщо пацієнт потребує сторонньої допомоги або зовсім не може обходитись без неї;

б) крісло-каталку — необхідно поставити біля ліжка під кутом 45°, зафіксувати гальма, опустити підставку для стоп, зафіксувати колеса ліжка;

в) каталку — необхідно поставити біля ліжка під кутом 90° (узголів'ям до ногового кінця ліжка), зафіксувати гальма та колеса ліжка.

3. Пояснити пацієнту зміст процедури, виявити його готовність до співпраці.

4. Зачинити двері в палату, виключаючи присутність сторонніх осіб.

5. Вимити руки для зниження ризику інфекції.

6. Допомогти пацієнту сісти на край ліжка.

7. За потреби пристебнути ремінь для підтримання, це забезпечує стійкість пацієнта та зменшується ризик його падіння.

8. Переконатися, що пацієнт стійкий та не взутий у слизьке взуття.

9. Розмістити ноги на ширину кроку для покращання рівноваги.

10. Зігнути ноги так, щоб вони були на рівні колін пацієнта.

352

11. Захопити пацієнта руками на рівні лопаток або ухопити за низ ременя для підтримання (цим зменшується тиск на пахвову ямку та підтримується рівновага пацієнта).

12. На рахунок "три" повернути пацієнта і перевести його в положення стоячи; випрямити ноги в кульшових суглобах та трохи зігнути в колінах.

13. За допомогою колін підтримувати стійкість паралізованої або ослабленої ноги.

14. Повернутися на носі, що далі від крісла. Так утримується пацієнт і залишається місце для його руху.

15. Попросити пацієнта використовувати підколінники крісла для опори (збільшується стійкість пацієнта).
16. Зігнути ноги в кульшових суглобах і колінах, опустити пацієнта в крісло.
17. Перевірте, щоб пацієнт сидів у кріслі прямо (це запобігає травмуванню).
18. Підняти підставку для ніг, надати тілу бажаного положення, зняти гальма і здійснити транспортування на кріслі-каталці.

Перенесення пацієнта трьома медичними сестрами

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід процедури, отримати його згоду.
2. Після оцінювання стану пацієнта і необхідних для його перекладання приготувань три медичні сестри одного зросту стають пліч-о-пліч поруч із ліжком обличчям до пацієнта. Таке положення медичних сестер запобігає їх можливим поворотам та забезпечує випрямленість тіла пацієнта.
3. Маса тіла пацієнта рівномірно розподіляється між медичними сестрами, при цьому кожна відповідає за переміщення однієї із трьох частин тіла пацієнта (голова та плечі, таз і стегна, нижня частина ніг і виступів велико- та маломілкової кісток).
4. Просунути руки під голову, плечі, таз, стегна, нижню частину ніг пацієнта та обійняти їх з протилежного боку пальцями.
5. Підтягнути тіло пацієнта до грудей.
6. На рахунок "три" підняти пацієнта і прийняти масу його тіла на грудну клітку. Злагоженість у діях медичних сестер убезпечує пацієнта (мал. 49).
7. На другий рахунок "три" відступити назад і повернутися до ношів, рухаючись уперед (так здійснюється перенесення пацієнта до ношів).
8. Зігнути ноги в кульшових суглобах і колінах так, щоб лікті торкались краю ношів, далі обережно опустити пацієнта на середину ношів.
9. Перевіряти випрямленість тіла пацієнта для зменшення ризику травмування. Зафіксувати пацієнта ременями для запобігання можливому падінню. Підняти бічні поручні.
10. Надати пацієнтові бажаного положення для зменшення ризику травмування скелетно-м'язового апарату через неправильне положення тіла.
11. Для зниження ризику інфекції вимити руки.

353

Можливі проблеми пацієнта

План догляду у зв'язку зі зменшенням рухливості (нерухомість)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1. (п) Ризик розвитку пролежнів	1. Пролежнів не буде. 2. Пролежні, які є, загояться	1. План профілактики пролежнів. 2. План догляду та лікування пролежнів
2. (ч) Ризик контрактури суглобів та гіпотрофії м'язів	1. Контрактури суглобів відсутні. 2. М'язовий тонус не знижується	1. Виконувати із пацієнтом вправи в межах рухомості суглобів. 2. Виконувати з пацієнтом вправи на опір. 3. Заохочувати (допомагати) збільшувати амплітуду рухів. 4. Пояснювати важливість відповідних рухів. 5. Використовувати опору для ніг, щоб запобігти провисанню стоп. 6. Підтримувати кисті у зручному положенні для їх подальшого функціонування. 7. Пояснити причини появи тугорухості суглобів та контрактур, а також профілактику

		їх виникнення. 8. Заохочувати родичів брати участь у вправах та переміщенні пацієнта
3. (п) Ризик перелому при остеопорозі	Відсутність переломів від тиску	Домагатися максимального вирівнювання кінцівок при переміщенні пацієнта
4. (п) Ризик тромбозу в периферійних венах	1. Немає ознак тромбозу периферійних вен. 2. Немає легеневої емболії	1. Бинтувати нижні кінцівки еластичними бинтами (або одягати еластичні панчохи)
5. (п) Зміни роботи серця і судин при зміні положення пацієнта	1. Відсутня ортостатична гіпотензія. 2. Пацієнт знає про можливі наслідки ліжкового режиму. 3. Ефект Вальсальви зменшилась	1. Навчити пацієнта техніці активних і пасивних вправ, пов'язаних з напруженням окремих груп м'язів. 2. Заохочувати до самоогляду. 3. Допомогати пацієнтові якомога частіше змінювати положення. 4. Змінювати положення від горизонтального до майже вертикального, піднімаючи узголів'я ліжка або саджаючи пацієнта із опущеними ногами у ліжко чи крісло. 5. Навчити пацієнта переміщуватись на видиху і не затримувати дихання. 6. Запобігати виникненню закріпів. 7. Запобігати перевтомі пацієнта

355

6. Погіршення виділення мокротиння; гіпоксія, (п) пневмонія	1. Секрет виділяється в достатній кількості. 2. Ознак гіпоксії не буде. 3. Пневмонії не буде	1. Заохочувати пацієнта лежати на боці (якщо немає протипоказань). 2. Перевіряти живіт на наявність метеоризму. 3. Забезпечити регулярне спорожнення кишок та сечового міхура пацієнта. 4. Заохочувати до перевертання та глибокого дихання щогодини. 5. Заохочувати до споживання великої кількості рідини (запобігати зневодненню). 6. Застосовувати постуральний дренаж із вібраційним масажем. 7. Проводити термометрію 2 рази на добу. 8. Провітрювати палати (режим залежно від пори року). 9. Спостерігати за кольором шкіри, губ, нігтів. 10. Проводити дихальну гімнастику (за узгодженням з лікарем)
7. Відсутність апетиту (п). Закреп (п). Метеоризм (п)	1. Пацієнт отримує необхідну кількість їжі за добу. 2. Добовий раціон містить не менше 120 г білка та достатню кількість клітко-	1. Забезпечити меню, яке до вподоби пацієнту. 2. Забезпечити дієту з високим вмістом білка. Харчування здійснювати невеликими порціями, але часто. 3. За можливості щоденно зважувати пацієнта і (контроль втрати/збільшення маси тіла).

	<p>вини.</p> <p>3. Випорожнення — регулярно 1 раз на добу.</p> <p>4. Здуття живота не буде</p>	<p>4. Навчити пацієнта вправам, пов'язаним із напруженням м'язів живота.</p> <p>5. Домогтися регулярного (щоденного) спорожнення кишок.</p> <p>6. Забезпечити дієту з високим вмістом клітковини.</p> <p>7. Запобігати зневодненню.</p> <p>8. Перевіряти живіт на наявність метеоризму.</p> <p>9. Консультуватися з лікарем-куратором, дієтологом (за потреби)</p>
<p>8. Порушення сечовипускання (п); утворення каменів у нирках (п).</p> <p>Ризик інфекції сечовивідних шляхів</p>	<p>1. Виділення сечі буде відновлено (30 мл за 1 год).</p> <p>2. Інфекції сечовивідних шляхів не буде</p>	<p>1. Заохочувати до частого перевертання.</p> <p>2. Піднімати пацієнта якомога частіше (кожні 2 год).</p> <p>3. Збільшити споживання рідини до 3 л (якщо немає протипоказань).</p> <p>4. Забезпечити дієту з низьким умістом кальцію та соками, що підвищують кислотність сечі (для запобігання виникненню кальцієвих каменів). За потреби — консультація дієтолога.</p>

356

		<p>5. Пояснити пацієнту та його близьким і рідним причини утворення кальцієвих каменів. 6. При порушенні відтоку сечі необхідна консультація лікаря. 7. Спостерігати за кольором, прозорістю та запахом сечі. 8. Термометрія вранці та ввечері. 9. Вимірювання щоденного діурезу (за наявності введеного катетера Фолея)</p>
<p>9. Дезорієнтація (п). Деадаптація</p>	<p>1. Зберігає орієнтацію. 2. Психологічна адаптація адекватна</p>	<p>1. Попросити рідних та близьких частіше відвідувати пацієнта. 2. Максимально заохочувати самообслуговування. 3. Висловлюватися позитивно, помічати покращання в стані здоров'я та підвищення рівня самообслуговування пацієнта. 4. Забезпечити пацієнта окулярами, слуховим апаратом та ін. (за потреби). 5. За потреби орієнтувати пацієнта в часі та місці. 6. Забезпечити максимально нормальні навколишні умови. 7. Залучати пацієнта до процесу лікування та догляду. 8. Заохочувати спілкування пацієнта із родиною, друзями. 9. Обговорювати із пацієнтом проблеми, які потребують психологічної адаптації (за потреби — консультація психолога)</p>

Протокол до плану догляду пацієнта зі зменшеною рухливістю (нерухомого)

Відділення _____ Палата _____

Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта _____

Лікарський діагноз _____

Час початку реалізації плану _____

Час закінчення реалізації плану _____

357

1. Пролежні: немає; є						
2. Пролежень (зазначити ділянку): без змін; збільшився; зменшився; став глибшим; епітелізується						
3. Обсяг рухомості в суглобі (суглобах): збільшився; без змін; зменшився						
4. Ефект Вальсальви: виявляється; не виявляється						
5. Ознаки гіпоксії: немає; є						
6. Кількість їжі, спожитої пацієн- том, %: 1 -й сніданок; 2-й сніданок; обід; вечеря						
7. Маса тіла						
8. Випито рідини за добу						
9. Температура тіла: ранок/вечір						
10. Випорожнення						
11. Метеоризм: немає; є						
12. Сечовипускання: кратність/ кількість за добу						
13. Ознаки інфекції сечовивідних шляхів: немає; є						
14. Орієнтація: збережена; порушена						
15. Адаптація: збережена; порушена						
16. Інші зауваження та коментарі						
Підпис медичної сестри						

358

ОСОБИСТА ГІГІЄНА ПАЦІЄНТА. ПРОФІЛАКТИКА ПРОЛЕЖНІВ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- чинники ризику утворення пролежнів;
- місця можливого утворення пролежнів, стадії утворення;
- правила зберігання і транспортування брудної білизни;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: порушення цілості шкіри, ризик появи пролежнів у тяжко хворого.

Уміти:

- визначати ступінь ризику виникнення пролежнів у кожного пацієнта;
- обробляти шкіру за наявності пролежнів;
- навчати родичів тяжкохворого пацієнта елементам профілактики пролежнів удома;
- навчати пацієнта та його сім'ю догляду за природними шкірними складками і слизовими оболонками вдома.

Володіти навичками:

- забезпечення необхідного положення пацієнта в ліжку залежно від захворювання за допомогою функціонального ліжка та інших пристосувань;
- підготування ліжка для пацієнта;
- заміни постільної білизни; проведення заходів щодо профілактики пролежнів;
- оброблення природних складок шкіри для профілактики попрілоос-тей;
- організації та надання допомоги пацієнту при ранковому туалеті;
- догляду за слизовими оболонками: видалення секрету і кірок з носа, промивання очей, оброблення слизових оболонок, ротової порожнини і губ, зовнішнього слухового ходу;
- чищення зубів пацієнта;
- підстригання нігтів на руках і ногах;
- гоління обличчя пацієнта;
- подавання судна і сечоприймачів;
- миття голови і ніг;
- обтирання шкіри з легким масажем спини;
- догляду за зовнішніми статевими органами і промежиною.

361

Види режимів рухової активності пацієнта. Положення пацієнта в ліжку

Догляд за хворою людиною — це наука і мистецтво, спрямовані на вирішення наявних і потенційних проблем зі здоров'ям у мінливих умовах навколишнього середовища.

Можна навести багато прикладів, коли суворе дотримання правил гігієни, чітке і бездоганне виконання всіх приписів лікаря, створення сприятливих фізичних і психологічних умов повертали хворих до життя. Поганий догляд, недбале або несвоєчасне виконання маніпуляцій, неуважність до проблем пацієнта можуть бути причиною не тільки повільного видужання або виникнення тяжких ускладнень захворювання, а й смерті хворого.

Лікар визначає режим фізичної (рухової) активності пацієнта.

- 1. Суворий ліжковий режим;** пацієнтові категорично забороняється не тільки вставати, а й сідати, самостійно повертатися в ліжку. Усі санітарно-гігієнічні заходи здійснює лише медична сестра.
- 2. Ліжковий режим;** пацієнтові можна повертатися, сідати і виконувати деякі гімнастичні вправи в ліжку. Усі санітарно-гігієнічні заходи проводить у ліжку медична сестра.
- 3. Палатний, або напівліжковий, режим;** пацієнтові дозволено сидіти на стільці поруч із ліжком, вставати і деякий час ходити по палаті. Туалет, годування, фізіотерапевтичні процедури виконують у палаті.
- 4. Загальний режим;** пацієнтові дозволено вільно пересуватися коридором, підніматися сходами, прогулюватися по території лікарні. Пацієнти обслуговують себе самі.

Необхідно постійно стежити за тим, щоб положення пацієнта було функціональним, тобто поліпшувало функцію того або іншого ураженого органа.

Для надання пацієнтові необхідного положення в ліжку застосовують функціональне ліжко. За допомогою ручок можна підняти головний або ножний кінець. Підвищеного положення пацієнтові можна надати за допомогою підголівника або 2—3 додаткових подушок (мал. 50). При обмеженні фізичної (рухової) активності положення пацієнта в ліжку може бути:

- 1) *активним*; пацієнт може самостійно вставати з ліжка, сидіти, ходити. Але таке положення не завжди є показником доброго здоров'я людини, адже, наприклад, пацієнти зі зляжисними пухлинами до останньої години свого життя можуть перебувати в активному положенні;
- 2) *пасивним*; пацієнт не може самостійно пересуватися, повертатися в ліжку, піднімати руки, ноги, голову. Зазвичай таке положення свідчить про тяжкий стан, непритомність або розлади центральної нервової системи, параліч і виснаження;
- 3) *вимушеним*; буває кількох видів:

362

а) вимушене активне; пацієнт набуває самостійно свідомо такого положення, яке може полегшити його страждання: положення ортопное — вимушене положення сидячи або напівсидячи зі спущеними додолу ногами при серцевій недостатності, таке положення зменшує задишку. Колінно-ліктьове положення пацієнта з виразкою задньої стінки шлунка — зменшує біль у шлунку. Положення сидячи з фіксованим плечовим поясом (упирання руками на ліжко) займають пацієнти з нападом бронхіальної астми (зменшує задишку). Так звану позу магометянина, що молиться (нахил тулуба максимально вперед), займають хворі на перикардит, вона зменшує біль у серці. Слід пам'ятати, що не в усіх випадках вимушене активне положення, полегшуючи стан пацієнта, сприяє його одужанню. Наприклад, за наявності абсцесу в легені пацієнт намагається лежати на хворому боці, бо це зменшує кашель та виділення мокротиння. Але це набагато погіршує перебіг хвороби, бо для одужання необхідне максимальне звільнення від гною, що накопичився у порожнині абсцесу;

б) вимушене пасивне положення в ліжку — це коли хвороба змушує пацієнта зайняти його, наприклад, при правці — так зване положення опістото-

363

нус, унаслідок тонічної судоми тіло вигинається дугою (пацієнт лежить на потилиці та на п'ятах); таке положення, як правило, не покращує стан, а погіршує його;

в) вимушене пасивне положення пацієнта, наприклад у перші дні інфаркту міокарда.

Пролежні: сучасні уявлення щодо їх розвитку, профілактики та лікування

Пролежень — це ділянка некротичної тканини, що виникає у пацієнтів з порушеною чутливістю шкіри в результаті фізичної компресії, тертя і зсування, а також тривалого зволоження при інфікуванні або внаслідок поєднання дії вказаних чинників. Причиною виникнення також можуть бути індивідуальні особливості організму.

У вітчизняній медицині термін "пролежень" з'явився на початку ХХ ст. Численні спроби вчених замінити його більш науковим визначенням (наприклад, нейротрофічні виразки, виразки від стискання, трофічні виразки м'яких тканин тощо) не досягли мети. Отже, й сьогодні ураження м'яких тканин, отримані внаслідок їх тривалого стискання, традиційно називають пролежнями.

Різноманіття клінічних проявів пролежнів, їх наслідків і ускладнень та надзвичайна складність лікування спонукали багатьох учених до створення класифікації пролежнів, яка допомогла б в осмисленні процесів, що відбуваються в ушкоджених тканинах, і дала б змогу виробити оптимальну тактику їх лікування.

Так, у класифікації В.І. Кондратенка описано сім клінічних стадій розвитку пролежнів шкіри: гіперемія, пухирі, інфільтрат, некроз, грануляція, епітелізація і рубцювання. Пізніше В.П. Білич, а потім і О.Г. Коган (зі співавторами) запропонували класифікацію пролежнів, яка включає клінічні форми і стадії їх розвитку.

Клінічні форми:

- 1) поверхневий пролежень;
- 2) глибокий пролежень;
- 3) глибокий пролежень з бічними кишнями;
- 4) глибокий пролежень з остеомієлітом прилеглої кістки;
- 5) пролежень рубця. *Стадії розвитку пролежня:*

- 1) стадія первинної реакції;
- 2) некротична стадія;
- 3) некротично-запальна стадія;

364

- 4) запально-регенеративна стадія;
- 5) стадія рубцювання.

Наведена класифікація виявилася досить зручною. Вона дала змогу розділити клінічні форми і стадії ранового процесу і зрозуміти їхнє різноманіття і взаємозв'язок, а також динаміку розвитку пролежнів. За її допомогою можна було обґрунтувати застосування патогенетичного лікування відповідно до клінічної форми і стадії розвитку пролежня.

У 1992 р. було прийнято нову, на наш погляд зручнішу і простішу **класифікацію пролежнів за ступенями розвитку запального процесу шкіри:**

I ступінь — еритема, що не поширюється на здорові ділянки шкіри. Ушкодження шкіри, що передують утворенню її виразки;

// ступінь — часткове зменшення товщини шкіри, що пов'язане з ушкодженням епідермісу. Ушкодження шкіри у вигляді садна, пухиря або неглибокого кратера;

/// ступінь — некроз усіх шарів шкіри, що виник унаслідок ушкодження тканин, які розташовуються під нею, але не глибше підшкірної фасції;

IV ступінь — некроз усіх шарів шкіри у поєднанні з некрозом тканин м'язів, кісток та інших опорних структур (сухожилків, зв'язок, капсул суглобів тощо). За цього ступеня розвитку пролежнів, як і за попереднього, можлива поява норичь і порожнин у тканинах.

Ця класифікація досить швидко поширилася, і нині її застосовує значна кількість клінік, що займаються проблемою дослідження та лікування пролежнів.

Більшість випадків виникнення пролежнів сьогодні належать до I і II ступенів. Останні при проведенні своєчасної консервативної терапії загоюються, не залишаючи грубого рубця.

Рідше трапляються пролежні III і IV ступенів, які потребують оперативного лікування.

Ризик появи пролежнів зазвичай різко зростає у пацієнтів з невідкладними або гострими станами захворювання. Імовірність їх виникнення також вища за більшої тривалості часу перебування пацієнтів у стаціонарі. Найбільша кількість випадків пролежнів спостерігається в групах пацієнтів із травматологічними і нейрохірургічними проблемами. Так, за даними деяких вітчизняних авторів, пролежні з'являються в 53—90 % пацієнтів з ушкодженнями спинного мозку. Розбіжність наведених даних учені пояснюють рівнем ушкодження спинного мозку. У пацієнтів, яких було госпіталізовано в першу добу після спинномозкової травми, частота і ступінь розвитку пролежнів значно нижчі, ніж у пацієнтів, що поступили до лікарні в пізніші терміни. Але у пацієнтів, які поступили до лікарні відразу після спинномозкової травми, все ж таки значною мірою залишається ризик появи нових пролежнів на ділянках шкіри, що загоїлися.

Причини виникнення пролежнів. У більшості праць, присвячених етіологічним чинникам утворення пролежнів, основна увага приділяється механічним чинникам — тиску і зсуванню, які призводять до ішемії шкіри. У цьому зна-

365

ченні надзвичайно важливими є інтенсивність і тривалість тиску, а також чутливість тканин до нього. Що більша сила тиску на шкіру, то менше часу потрібно для появи її некрозу. Встановлено, що тиск у 70 мм рт. ст., що надається безперервно протягом 2 год, спричинює незворотні зміни в шкірі. Гострий некроз шкіри настає практично завжди за наявності впливу тиску 300 мм рт. ст. протягом 1 год. Причому в такому разі порушення іннервації тканин не має значення. Однак якщо цей тиск непостійний, то тканини можуть витримати неперервний тиск до 240 мм рт. ст. Отже, критичними для пацієнта є 1—2 год неперервного тиску на тканини. Кращий захід профілактики утворення пролежнів — зміна положення тіла хворого.

Найчастіше пролежні у положенні лежачи (мал. 51) виникають у ділянці крижів, сідниць, п'ят, потилиці (за впливу тиску 40—60 мм рт. ст.), колін і грудей (за впливу тиску 50 мм рт. ст.).

366

У положенні сидячи тверда поверхня зумовлює зниження розподілу маси тіла і високий місцевий тиск. Так, тиск у цьому положенні (близько 40—60 мм рт. ст.) відзначається в ділянці сідничого горба і сідни-цяч при вільному звисанні ніг; тиск збільшується приблизно до 100 мм рт. ст., якщо ноги матимуть опору (мал. 52).

Велике значення для розвитку пролежнів також має сила зсування шкіри. Якщо голова пацієнта піднята, то за відсутності упирання ніг тіло зсувається вниз і тиск на тканини і глибокі фасції переміщується у ділянку крижів.

При такому положенні шкіра в крижовій ділянці фіксується через тертя з поверхнею ліжка, а сила зсування, що розвивається в ділянці глибоких фасцій, призводить до розтягнення судин, зумовлюючи їхній можливий тромбоз у прилеглій шкірі. Причому сила зсування за однакового тиску у здорових і хворих людей різна. Так, у положенні сидячи на твердій рівній поверхні, наприклад на стільці, середні показники зсування шкіри в пацієнтів літнього віку з параплегією та з іншими хворобами в 3 рази перевищують показники зсування у ділянці сідничого горба у здорових осіб. Також у 3 рази більший об'єм місцевого кровообігу в обстежених здорових осіб, ніж середній об'єм місцевого кровообігу в пацієнтів із параплегією та іншими захворюваннями.

Дуже важливим чинником ушкодження шкіри є *тертя*. Вважають, що це основний чинник поверхневих ушкоджень шкіри. Вивчаючи роль тертя як одного з етіологічних чинників в утворенні пролежнів, учені дійшли висновку, що прямий тиск на тканини із силою 160 мм рт. ст. не призводить до утворення пролежня, а такі самі зусилля, що передаються через шкіру при її зсуванні (тобто терті), спричинюють його утворення.

Отже, тертя відіграє важливу роль в утворенні пролежнів, тому що воно ушкоджує зовнішній захисний шар шкіри.

Ризик утворення пролежнів пов'язаний з особливостями організму людини. Перш за все на формування пролежнів впливають: величина безперервного тиску на тканини, температура тіла і тривалість дії цих чинників. Крім того, встановлено, що чим більше часу потрібно для відновлення кровотоку в досліджуваній ділянці тіла після впливу безперервного тиску на тканини (протягом 10 хв), тим вища схильність до утворення пролежнів. У дослідженні було виведено так званий індекс тиску, що залежить від трьох параметрів індивідуаль-

367

них особливостей організму: показника розумового розвитку, активності та рухливості пацієнта. Таким чином, створено шкалу схильності пацієнта до розвитку пролежнів (від 0 до 9 балів). Згідно з нею хворі з високим балом схильності, але з низьким значенням величини тиску на тканини мають менший ризик утворення пролежнів. Більше значення тиску і низька

схильність пацієнта до утворення пролежнів також є умовою меншого ризику розвитку пролежнів. У пацієнтів із високим балом схильності та більшими значеннями безперервного тиску на тканини ризик утворення пролежнів є найвищим.

Відомо, що найбільш грубі трофічні розлади в м'яких тканинах виникають при травмах хребта і спинного мозку. За даними багатьох авторів, ступінь розвитку трофічних порушень м'яких тканин відповідає тяжкості ушкоджень спинного мозку і перебуває в прямій залежності від локалізації перелому хребта. Найбільш значні пролежні виникають при ушкодженні шийного і грудного відділів спинного мозку. Це пов'язано із втратою вазомоторного впливу спинного мозку на органи тіла, які розміщені нижче ділянки ураження спинного мозку. Виникає зниження тонуусу кровоносних судин у паралізованих частинах тіла, і тиск на тканини, що за нормального стану не утруднює їх кровопостачання, при ушкодженнях спинного мозку призводить до ішемії тканин. Тому лікування трофічних розладів м'яких тканин слід починати з відновлення або поліпшення їх іннервації. Воно має бути комплексним.

Нетримання сечі і калу, що призводить до підвищеної вологості шкіри, її подразнення й інфікування, часто закінчується утворенням ерозії і виразок шкіри. Нетримання сечі спостерігають практично в усіх пацієнтів із ушкодженням спинного мозку. Найчастіше — у пацієнтів з високим рівнем ушкодження спинного мозку (вище T_x). У цих випадках разом із порушеннями акту сечовипускання розвивається невимушене, неконтрольоване сечовипускання. Пацієнти змушені користуватися постійним катетером або сечоприймачем. При ушкодженні спинного мозку на рівні його конуса і нижче частіше спостерігають затримку сечовипускання, що потребує катетеризації сечового міхура. Таким чином, для пацієнтів з ушкодженням спинного мозку основними чинниками тяжкості розвитку трофічних порушень у м'яких тканинах є: ступінь і рівень ушкодження спинного мозку, ступінь і характер порушення чутливості шкіри, ступінь активності пацієнта, рівень довільних рухів у кінцівках, порушення функції органів таза.

До основних чинників ризику утворення пролежнів також належать: вік пацієнта, наявність легеневих захворювань і ниркових патологій, захворювання серця і судин, ендокринні захворювання (діабет), тютюнокуріння, психічні розлади, порушення харчування, наявність анемії, гіпопротеїнемії, підвищення температури тіла і надмірна пітливість, наявність спастичного і больового синдромів, якість догляду за пацієнтами. До другорядних чинників — уживання лікарських препаратів (анальгетиків, седативних, транквілізаторів, стероїдів тощо), алкоголізм, нестабільність артеріального тиску, сухість шкіри, зниження чи підвищення маси тіла, авітаміноз, порушення обміну речовин, зниження рівня холестерину, емоційний стрес і навіть расова чи етнічна приналежність хворого.

368

Методи оцінювання ризику утворення пролежнів. З урахуванням усіх перерахованих вище чинників нині існує чимало шкал, за якими можна оцінити ймовірність утворення пролежнів і які з успіхом застосовують на практиці. Найбільш поширеною протягом багатьох років залишається шкала Нортон (Norton Scale, 1962). Ґрунтується на таких чинниках: загальний стан пацієнта, психічний стан, активність, рухливість, контроль за функціями органів таза (табл. 18).

Групи пацієнтів за шкалою Моїїон: 1-а — особливо високого ризику (від 0 до 12 балів); 2-а — група ризику (від 12 до 14 балів); 3-я — група відсутності ризику (від 14 балів і більше).

За цією шкалою проводять оцінювання різних пацієнтів, однак найбільш результативною вона виявилася для оцінювання пацієнтів з ортопедичними проблемами. При оцінюванні пацієнтів з іншою патологією результати шкали були менш ефективними. Це стало причиною створення інших шкал, в основу яких було покладено сполучення різних чинників ризику для оцінювання стану інших категорій пацієнтів.

Таблиця 18. Шкала Чогіоп для оцінювання ризику утворення пролежнів

Фізичний стан	Добрий	Задовільний	Поганий	Дуже поганий
---------------	--------	-------------	---------	--------------

<i>Психічний стан</i>	Активний (адекватний)	Апатичний	Сплутаний (дезорієнтований, розгублений)	Ступор
<i>Активність</i>	Ходить	Ходить зі сторонньою допомогою	Не ходить, але може сидіти	Лежачий
<i>Рухливість</i>	Повна	Обмежена	Дуже обмежена	Нерухомий
<i>Контроль за функціями органів таза</i>	Нетримання сечі та калу немає	Незначне нетримання (іноді)	Нетримання тільки сечі	Нетримання сечі та калу
<i>Бали</i>	4	3	2	1

Нині найбільш універсальними і часто використовуваними є шкали Медалі, Ватерлоо, Браден (MesШіеу, \Ÿаіегіо^, Вгадеп 8cale) — табл. 19—21.

Таблиця 19. Шкала Меайіеу для оцінювання ризику утворення пролежнів

<i>Показник</i>	<i>Бали</i>	<i>Показник</i>	<i>Бали</i>
Активність — рухливість		Стан шкіри	
Пересування без сторонньої допомоги	0	Здорова (чиста і волога)	0
Пересування зі сторонньою допомогою	1	Злущування або садна	2

369

Закінчення табл. 19

<i>Показник</i>	<i>Бали</i>	<i>Показник</i>	<i>Бали</i>
Візок (більше 12 год)	4	Зниження тургору, суха шкіра, літній вік	4
Ліжко (більше 12 год)	6	Набряк і/чи почервоніння	6
		Поява пролежня	6
Супутні захворювання		Рухливість — обсяг рухів	
Відсутність	0	Повний, активний обсяг рухів	0
Хронічні захворювання зі стабільним статусом	1	Рухи з обмеженою допомогою	2
Гострі і хронічні захворювання з нестабільним статусом	2	Рухи тільки зі сторонньою допомогою	4
Термінальні чи тяжкі	3	Нерухомість	6
Рівень свідомості (виконання команд)		Рівень харчування	
Настороженість	0	Гарний (їсть/п'є/ назогастральне харчування)	0
Апатичний стан/сплутана свідомість	1	Посередній (недостатнє споживання для підтримання маси тіла)	1
Напівкоматозний стан (відсутність відповіді на стимул)	2	Поганий (їсть/п'є дуже мало)	2
Коматозний стан (відсутність відповіді на стимул)	3	Дуже поганий (чи нездатність споживання їжі; виснаження)	3
Нетримання — сечовий міхур		Нетримання — кишки	
Немає чи катетеризація	0	Відсутнє	0
Рідко (менше 2 разів за 24 год)	1	Рідко (випорожнення оформлені)	1
Звичайно (більше 2 разів за 24 год)	2	Звичайно (випорожнення напів-оформлені)	2
Постійно (без контролю)	3	Постійно (без контролю)	3
Біль			
Немає			0
Слабкий			1
Періодичний			2

Сильний	3
---------	---

Групи пацієнтів за шкалою Медику: 1-а — низький ступінь ризику (від 0 до 9 балів); 2-а — середній ступінь ризику (від 10 до 19 балів); 3-я — високий ступінь ризику (від 20 до 36 балів).

370

Таблиця 20. Шкала \Уаіег1оте для оцінювання ризику розвитку пролежнів

Статура, маса тіла щодо зросту		Тип шкіри. Зони візуального ризику		Стать, вік		Особливі чинники ризику	
Середня	0	Здорова	0	Чоловіча	1	Термінальна кахексія	8
Вище середньої	1	"Цигарковий папір"	1	Жіноча	2	Серцева недостатність	5
Огрядність	2	Суха	1	14—49	1	Хвороби периферійних судин	5
Нижче середньої	3	Набрякла	1	50—64	2	Анемія	2
		Волога	1	65—74	3	Куріння	
		Зміна кольору (бліда)	2	75—81	4		
		Тріщини, плями	3	Понад 81	5		
Нетримання		Рухливість		Апетит		Неврологічні розлади	
Повний контроль (через катетер)	0	Повна	0	Норма	0	Наприклад, діабет, множинний склероз, інсульт, моторні (сенсорні параплегії)	4—6
Періодичне	1	Неспокійний, метушливий	1	Поганий	1	Обширне оперативне втручання/травма	
Через катетер, але нетримання калу	2	Апатичний	2	Живильний зонд/лише рідини/назогастральні трубки	2	Ортопедичне — нижче попереку, хребет	5
Калу і сечі	3	Обмежена рухливість	2	Споживає тільки рідину	2	Більше 2 год на операційному столі	5
		Інертний	4	Неможливість харчування. Анорексія	3	Лікарська терапія	
		Прикутий до крісла	5			Стероїди.	4 4
						Цитостатичні препарати. Великі дози стероїдів. Протизапальні засоби	4 4

Підсумкові значення, які характеризують ступені ризику за шкалою \Уаіег1о\У: у зоні ризику — 10 балів; у зоні високого ризику — 15 балів; у зоні дуже високого ризику — 20 балів.

371

Таблиця 21. Шкала Вгаіегп для оцінювання ризику утворення пролежнів

1. Сенсорне сприйняття — здатність реагувати на дискомфорт

Повністю обмежене — відсутня реакція на больові відчуття. Обмежена чутливість на більшій частині поверхні тіла через непритомність чи серйозні сенсорні порушення (1 бал)

Значно обмежене — реагує тільки на больові подразники (але не на вербальні команди) за допомогою розплющування очей чи згинання кінцівок. Не може висловити відчуття дискомфорту чи має сенсорні порушення, які обмежують здатність відчувати біль або дискомфорт більше ніж на половині тіла (2 бали)

Дещо обмежене — реагує на вербальні (словесні) команди шляхом розплющування очей і виконання деяких команд, але не завжди може повідомити про дискомфорт чи потреби у зміні положення тіла або спостерігаються деякі сенсорні порушення, які обмежують сприйняття больових відчуттів чи дискомфорту в одній чи двох кінцівках (3 бали)

Порушення відсутні — реагує на вербальні (словесні) команди шляхом їх виконання. Може чітко визначити потреби. Не має сенсорного дефіциту, який зміг би обмежити больові відчуття чи здатність реагувати на дискомфорт (4 бали)

2. Вологість — ступінь зволоження шкіри

Надмірно волога — шкіра майже весь час волога внаслідок потовиділення, нетримання сечі тощо (під час кожного переміщення пацієнта). Білизна замінюється кожні 6 год, а в разі потреби — частіше (1 бал)

Волога часто — шкіра волога часто, але не завжди. Необхідно замінювати білизну не менше ніж 2—3 рази на добу (2 бали)

Волога рідко — шкіра періодично волога, що потребує додаткової заміни білизни, приблизно 1 раз на добу або в разі потреби (3 бали)

Неволога — шкіра, як правило, суха. Надмірне потовиділення чи нетримання сечі відсутні. Білизну замінюють через звичайні проміжки часу (4 бали)

3. Активність — ступінь фізичної активності

Пацієнт прикутий до ліжка (1 бал)

Не ходить, але може сидіти — здатність ходити значно порушена або відсутня. Потребує допомоги, щоб сісти в крісло чи інвалідний візок (2 бали)

Періодично ходить — протягом дня кілька разів, але на короткі відстані, самостійно або з допомогою. Загалом проводить день у ліжку або в кріслі (3 бали)

Може ходити — може проходити довільну дистанцію, ходить щонайменше 1 раз на 2 год (4 бали)

4. Харчування — модель споживання їжі

Неадекватне, дуже погане — ніколи не з'їдає порцію повністю. Рідко з'їдає більше ніж одну третину запропонованої порції. Споживає незначну кількість білка на добу. Споживає мало рідини. Не отримує рідких харчових добавок чи не отримує нічого через рот, підтримується чистими рідинами або внутрішньовенними вливаннями понад 5 діб (1 бал)

Імовірно неадекватне — рідко з'їдає порцію повністю, зазвичай близько половини запропонованої. Кількість білка недостатня. Вживає інколи рідкі дієтичні добавки чи отримує менше за оптимальну кількість рідини або харчується через зонд (2 бали)

372

Закінчення табл. 21

Адекватне — з'їдає більше ніж половину запропонованої порції. Споживає помірну кількість білка 1—2 рази на добу. Періодично відмовляється від їжі. Часто споживає харчові добавки чи харчується через зонд або повністю парентерально, що, ймовірно, задовольняє основні харчові потреби (3 бали)

Відмінне — з'їдає майже все. Ніколи не відмовляється від їжі. Зазвичай споживає достатню кількість білків. Часто їсть у проміжках між годуваннями. Не потребує харчових добавок (4 бали)

5. Тертя і намулювання

Наявна проблема — потребує максимальної допомоги під час переміщення. Піднятися без ковзання по простирадлу не може. Часто сповзає вниз на ліжку або кріслі, потребує частого переміщення з максимальною допомогою. Спазм м'язів контрактури сковзання призводить до майже постійного тертя (16 балів)

Потенційна проблема — рухатися самостійно тяжко, потребує мінімальної допомоги. Під час руху шкіра, ймовірно, треться об простирадло або крісло. Більшість часу здатний підтримувати відносно правильне положення в ліжку або кріслі, але періодично сповзає вниз (2 бали)

Явних проблем немає — самостійно рухається у ліжку або кріслі, м'язи достатньо міцні для того, щоб трохи піднятися без сторонньої допомоги. Постійно підтримує правильне положення (3 бали)

Групи пацієнтів за шкалою Вгайен: 1-а — мінімальний ступінь ризику (16 балів); 2-а — помірний ступінь ризику (від 15 до 13); 3-я — високий ступінь ризику (від 12 балів чи менше).

Ці шкали дуже схожі між собою, претендують на універсальність і можуть бути використані при обстеженні пацієнтів у лікувальних закладах різного профілю. Найчастіше застосовують для оцінювання стану людей похилого віку з різними захворюваннями, лікування яких потребує тривалого перебування пацієнта у ліжку. До них належать ортопедичні (перелом шийки стегна, неускладнений перелом хребта тощо), неврологічні (розсіяний склероз, стан після інсульту), серцево-судинні (інфаркт міокарда, поширений атеросклероз та ін.), ендокринні (цукровий діабет), онкологічні захворювання.

Зважаючи на те що головним у розвитку патологічного процесу в пацієнтів з ушкодженням спинного мозку є порушення багатьох фізіологічних функцій, нині практично жодна шкала не є цілком патогномонічною для цієї категорії пацієнтів — усі пацієнти з ушкодженням

спинного мозку і наявністю нейро-генної дисфункції органів мають за всіма цими шкалами вищий ступінь ризику. Тому при оцінюванні ризику в таких пацієнтів необхідно додатково враховувати особливості рівня, ступеня, характеру ушкодження спинного мозку.

Профілактика розвитку пролежнів. Для запобігання розвитку пролежнів необхідно одразу після ушкодження спинного мозку застосовувати методи профілактики і готувати пацієнта до того, що визначені правила поведінки надалі мають стати нормою його життя. Тільки за їх постійного застосування можна не боятися за майбутнє хворого.

373

Усі профілактичні заходи ґрунтуються на етіології розвитку пролежнів і враховують чинники ризику їх утворення.

Основні напрями профілактики пролежнів у пацієнтів з ушкодженням спинного мозку:

1. Запобігання тиску на тканини.
2. Запобігання подразненню тканини.
3. Поліпшення функції спинного мозку.
4. Поліпшення кровообігу і чутливості шкіри в місцях небезпечних зон.
5. Відновлення контролю за функцією органів таза.
6. Контроль за станом шкіри в місцях тиску.
7. Навчання пацієнтів контролю і правилам догляду за шкірою.

Для запобігання тиску на тканини нині використовують велику кількість протипролежневих пристроїв: спеціальні функціональні ліжка, матраци і подушки, що заповнюються піною, водою, гелем, повітрям чи комбінацією цих матеріалів. Існують системи з регуляцією тиску, вібрацією тощо.

Однак жодні пристосування не можуть забезпечити повноцінну профілактику розвитку пролежнів при недостатньому догляді за пацієнтами. Навчання пацієнтів і медперсоналу правилам догляду, створення програм і клінічних протоколів можуть дати змогу уникнути пролежнів у пацієнтів з найвищим ризиком.

При догляді за лежачими хворими слід враховувати основні чинники утворення пролежнів (тиск і зсування). Повороти хворих потрібно здійснювати не рідше двогодинного проміжку. Важливе значення має зручна позиція тіла з максимальною площею зіткнення з ліжком і відсутністю тиску в ділянці виступаючих відділів скелета. Труднощі зі створенням зручної позиції можуть бути пов'язані з ожирінням, наявністю спазму м'язів, контрактур кінцівок, болю. Крім того, це може бути зумовлене проведенням лікувальних процедур, наприклад скелетного витягнення. Однак звичайні традиційні положення пацієнта лежачи на спині, животі, боках мають чітко чергуватися (мал. 53).

Положення лежачи на животі найзручніше для пацієнтів. Воно не потребує спеціальних пристосувань, хоча використання протипролежневого матраца дає змогу трохи збільшити час перебування пацієнта в цьому положенні. При положенні пацієнта лежачи на боці слід уникати прямого розташування

374

пацієнта в зв'язку з небезпекою стискання шкіри в ділянці великого вертлюга стегнової кістки (мал. 54) для профілактики утворення пролежнів (за Ошпсіу і 8\ain).

Спина й особливо ділянка крижів, як показали окремі дослідження, особливо чутливі до тиску. Для запобігання стисненню цієї ділянки можна використовувати як протипролежневі матраци, так і інші пристосування — прокладки з просом, гелем та ін.

Для профілактики пролежнів пацієнти мають навчитися методам, що дають змогу зменшити тиск і тертя в поперековій і сідничній ділянках.

Так, поза й орієнтація тіла в просторі є важливими умовами профілактики розвитку пролежнів. Установлено, що нахил уперед на 50° дає можливість зменшити тиск на 9 %, нахил назад на 120° — на 12 %.

Розміщення, форма і розмір інвалідного крісла мають гарантувати максимальний захист. Підставка для ніг, наприклад, має бути відрегульована за висотою так, щоб не спричинити зайве навантаження на ділянку сідни-чих горбів, а розподілити його по ділянці задньої поверхні стегон.

Крім того, пацієнти повинні змінювати положення тіла, щоб розвантажити ділянку сідничих горбів. Надзвичайно важливим є систематичний огляд ділянки сідничих горбів, що за можливості повинен проводити сам пацієнт за допомогою дзеркала. Систематичний, усебічний огляд (не рідше 2 разів на день) сприяє ранній діагностиці початкових ознак ушкодження і дає змогу раніше застосовувати лікувально-профілактичні заходи.

Основні принципи догляду за пацієнтами з ризиком розвитку пролежнів

1. Правильне розміщення пацієнта на функціональному ліжку (мал. 55).

Обов'язково наявність протипролежневого матраца (або поролонового матраца, завтовшки не менше 10 см), а також додаткових валиків і подушок (для комфортного положення пацієнта і уникнення пролежнів у найбільш уразливих ділянках тіла).

Наприклад, пацієнт перебуває в положенні лежачи на спині, головний кінець ліжка піднятий. Необхідно під литкові м'язи підкласти подушку і зробити підпірку для ніг. Так, п'яти пацієнта перебуватимуть у висячому положенні, не стикатимуться з поверхнею ліжка (зменшується ризик виникнення

пролежня в ділянці п'яткової кістки), а завдяки упору в ногах пацієнт не ковзатиме на ліжку, тим самим зменшуватиметься зсування тканин.

2. Наявність простирадла, застеленого впоперек ліжка (для переміщення до краю ліжка чи вище до головного кінця). Важливо не тягти пацієнта, а піднімати над поверхнею ліжка і простирадла, щоб уникнути тертя і зсування тканин (потрібно як мінімум 2 особи).

3. Постільна білизна має бути бавовняною. Простирадла мають бути без складок і швів, їх варто заправляти під матрац так, щоб при найменшому русі пацієнта вони не збиралися в складки.

4. Після кожного годування необхідно оглядати ліжку на наявність крихт.

5. Варто змінювати положення тіла пацієнта кожні 2 год (уночі теж), незалежно від виду матрацу. Увечері потрібно заздалегідь обговорити з пацієнтом його положення в нічні години. Наявність у пацієнта дренажів, промивних систем, крапельниць тощо не перешкоджає повертання пацієнта.

6. При кожному переміщенні потрібно оглядати ділянки ризику виникнення пролежнів.

376

7. У жодному разі не можна робити масаж у ділянках із гіперемією шкіри, тим більше в ділянці кісткових виступів.

8. Під час виконання гігієнічних процедур потрібно використовувати рідке або м'яке мило, махровий рушник або м'яку губку. Шкіру варто ретельно висушувати промокальними рухами. Якщо шкіра занадто суха і є ризик розтріскування, слід користуватися зволожувальним або живильним кремом.

9. У пацієнтів з ушкодженням спинного мозку можливі мимовільні сечовипускання і дефекація. У таких випадках їх варто негайно підмивати з подальшою заміною постільної білизни.

10. Добовий раціон має бути досить калорійним, обов'язково включати продукти, багаті на білок (не менше 120 г), вітамін С (сприяє загоєнню ран), достатню кількість рідини (до 1,5 л) за відсутності протипоказань.

11. При поступленні в стаціонар починається спілкування медичної сестри як з пацієнтом, так і з його близькими і родичами. Медична сестра навчає пацієнта і родичів техніці

переміщення, проведенню гігієнічних процедур, розповідає про основні чинники ризику виникнення пролежнів і показує ділянки, де вони виникають найчастіше. Навчаючи пацієнта і родичів, медична сестра знаходить собі помічників. Присутність удома хворої людини зобов'язує дотримувати певного порядку й охоронного режиму, вимагає створити умови, що забезпечують фізичний і психічний спокій, навчити членів родини найпростішим прийомам догляду, адаптувати хвору людину до мінливих умов життя і здоров'я, навчити її самостійності і самообслуговуванню.

Створення постільного комфорту

Важливою умовою для гарного самопочуття хворого й для його видужання є постільний комфорт. У домашніх умовах за відсутності спеціально обладнаного ліжка його можна сконструювати з підручних предметів і домашніх меблів, використовуючи дошки, стільці, щити (мал. 57). При цьому необхідно гарантувати безпеку хворого й забезпечити можливі зручності.

377

Матрац має бути досить товстим, з рівною, пружною поверхнею, горби і впадини на ньому неприпустимі. Простирadlo має бути такого розміру, щоб закривало матрац не тільки зверху, а й з боків і з торців (мал. 58). Краї простирadла не мають звисати, їх слід підвернути під матрац. Щоб простирadlo не збивалося і не утворювало складок, можна прикріпити його до країв матраца англійськими шпильками. Постільна білизна — простирadла, підков-дри, наволочки — має бути чистою, її слід змінювати.

Простирadла на ліжку тяжкохворого мають бути без рубців і швів, а наволочки — без вузлів і застібок на стороні, оберненій до хворого.

Постіль хворого регулярно — уранці, увечері і перед денним відпочинком — необхідно розправляти, прибираючи крихти. Хворого в цей час можна пересадити на стілець або на край ліжка. Якщо хворому не можна рухатися, то його потрібно перекласти на край ліжка. Потім розправити на половині, що звільнилася, матрац і простирadlo. Після чого слід перекласти хворого на прибрану половину постелі і те саме здійснити на іншій половині. На мал. 59 показано, як потрібно розправляти простирadlo на постелі тяжкохворого за участі помічника.

378

Створення комфорту для тяжкохворого в ліжку

Тяжкохворі усі фізіологічні відправлення здійснюють у ліжку. Постіль хворого з мимовільними сечовипусканням і дефекацією може мати спеціальні пристосування. Матрац і подушку обшивають клейонкою. Крім того, застосовують спеціальні матраци, середня частина яких має пристосування для судна (мал. 63). Постільну білизну змінюють у міру забруднення, частіше, ніж звичайно. Якщо у хворої жінки наявні рясні виділення зі статевих органів, то для збереження чистоти постелі під хвору підкладають клейонку й невелику м'яку підстилку або одноразову непромокальну пелюшку. У догляді за хворими широко застосовують памперси.

Тяжкохворі можуть користуватися спеціальними столиками для споживання їжі або читання (мал. 64).

За відсутності функціонального ліжка для забезпечення комфорту пацієнтові можна використовувати підручні засоби, побутові предмети (мал. 65).

381

Слід потурбуватися про **фізіологічний комфорт** — освітленість, температуру повітря в приміщенні, де перебуває хворий, усунення несприятливих впливів зовнішнього середовища

(голосні розмови, шум). Пацієнтові в будь-який момент може знадобитися допомога. Організація найближчої зони його проживання залежить від тих, хто йому надає допомогу. Якщо помічника немає, необхідно подбати про те, щоб пацієнт міг сам допомогти собі — змінити положення в постелі, проявити раціональну рухову активність, відчути себе самотійним.

Найпростіші пристосування допомагають пацієнтові зберегти або відновити втрачену здатність до самообслуговування. Біля ліжка ставлять приліжковий столик, на якому розміщують особисті речі пацієнта (мал. 66). Для надання хворому можливості займати положення напівсидячи в постелі самотійно роблять підпірку для ніг із підручних побутових предметів або мішечків з піском (див. мал. 66). -

382

Пацієнти, що зберегли активність і здатні переміщуватися, можуть почуватися непевно й відчувати небезпеку при пересуванні.

383

У разі нестійкого пересування, слабкості в ногах забезпечити комфорт і активність переміщення допоможуть палиця, милиці, спеціально сконструйовані з цією метою ходунки (мал. 67).

Значення утримання шкіри в належному гігієнічному стані під час захворювань

Шкіра, зовнішній покрив людини, відіграє захисну роль, бере участь у терморегуляції, обміні речовин (дихання, видільна функція) і входить до складу одного з найважливіших органів чуття — шкірного аналізатора. Шкіра захищає організм від механічних ушкоджень, надлишку сонячного світла, проникнення із зовнішнього середовища отрутих і шкідливих речовин, мікроорганізмів. Якщо шкіра здорова й чиста, то з її поверхні мікроорганізми віддаляються разом зі злущеними зроговілими клітинами. Кисла реакція поверхні здорової шкіри несприятлива для розвитку багатьох мікроорганізмів. Крім того, **шкіра** виділяє спеціальні речовини, які шкідливо діють на збудників захворювань.

Шкіра бере участь в обміні речовин, в основному газообміні. Вона поглинає кисень і виділяє вуглекислий газ. Під час фізичної роботи, за умови підвищення зовнішньої температури і в період травлення газообмін через шкіру підвищується.

З потом, шкірним жиром, зроговілими лусочками шкіри з організму виділяються білки, солі, сечовина і сечова кислота, леткі жирні кислоти, холестерин, вітаміни та ін. При захворюваннях нирок, печінки і шкіри кількість виділюваних речовин у багато разів збільшується, при цьому через шкіру починають виділятися і продукти порушеного обміну речовин.

384

Численні й різноманітні шкірні рецептори, що сприймають подразнення із зовнішнього середовища, є важливою ланкою безумовних рефлексів і беруть участь у створенні умовних рефлексів. Зі шкірним сприйняттям пов'язані найважливіші функції організму: робота м'язів, терморегуляція, статевий акт, захисні рефлекси. Виконання шкірою властивих їй функцій є найважливішою умовою здоров'я. Щоб шкіра правильно функціонувала, необхідно утримувати її в чистоті й оберігати від ушкоджень.

Хвороба призводить до розладу діяльності всіх органів і систем організму людини. Організм, що перебуває у хворобливому стані, "висуває" до шкіри підвищені вимоги, у зв'язку із чим утримання шкіри в чистоті стає особливо важливим. Волосся й нігті є похідними шкіри, догляд за ними необхідний у пацієнтів з обмеженим самообслуговуванням. Забрудненість шкіри призводить до розмноження мікробів, у тому числі і хвороботворних. Шкіра фізіо-

логічних складок додатково забруднюється секретом апокринних залоз, шкіра промежини — виділеннями статевих органів і кишок.

Догляд за волоссям — одна із навичок особистого догляду, який тісно пов'язаний з індивідуальними звичками. Медична сестра вранці та ввечері повинна розчісувати волосся тим хворим, які не можуть це зробити самостійно. У кожного хворого має бути індивідуальний гребінець. Не можна розчісувати волосся гребінцем з гострими зубцями, бо вони подразнюють і пошкоджують шкіру. Краще користуватися щіткою, яка, до того ж, поліпшує кровообіг у шкірі голови. Зачіска, якій віддає перевагу та чи інша людина, свідчить про те, як вона уявляє свою зовнішність. Час і зусилля, яких людина докладає на укладання волосся, цілком можливо впливають на те, як ця людина в цей день почувається. Надаючи допомогу пацієнтам у розчісуванні волосся гребінцем і щіткою, варто знати про існування різних типів волосся (*довжина, хвилястість, густина, наявність хімічної завивки, часткове облісіння і т. п.*).

Як розчісувати волосся гребінцем і щіткою?

- Під час розчісування волосся пацієнта гребінцем і щіткою варто звертати увагу на сдан його волосся.
- Розчісувати волосся необхідно обережно, так, щоб не висмикувати його. Приймання деяких лікарських засобів робить волосся ламким, здатним легко випадати. Для запобігання ламкості волосся потрібно починати розчісувати волосся знизу і на невеликих ділянках.
- Коротке волосся розчісують, рухаючи гребінець від коренів волосся до його кінчиків. Довге волосся краще розчісувати в декілька прийомів. Спочатку розчісують кінчики волосся, а потім поступово переходять ближче до шкіри.
- Потрібно використовувати олії, бальзами, креми чи лосьйони, якщо це відповідає смакам пацієнта, для полегшення розчісування кучерявого волосся і для усунення лупи. Голову миють один раз на 7—10 днів під час приймання гігієнічної ванни. Якщо волосся жирне, можна користуватися жорсткою водою, яка містить

385

багато солей. Якщо воно сухе, треба застосовувати м'яку воду. Жорстку воду можна пом'якшити шляхом кип'ятіння або додавання до неї питної соди (1/4 чайної ложки соди). Варто обговорити з пацієнтом питання гоління. Іноді людина не може голитися так, як вона звикла, через хворобу чи приймання лікарських засобів, що можуть спричинювати сильну кровотечу у випадку порізів. Іноді доведеться навчати чи допомагати людині пристосовуватися до нового способу гоління.

Догляд за порожниною рота

У роті здорової людини живуть і розмножуються близько 200 видів різноманітних бактерій. При хронічних захворюваннях дихальних шляхів або з наявності проблем із травним трактом ця кількість зростає у кілька разів.

В ослаблених пацієнтів і пацієнтів із гарячкою, а також в осіб літнього віку, що втрачають навички гігієнічних процедур, на слизовій оболонці порожнини рота, на зубах з'являється наліт зі слизу, злущених клітин, загниваючих залишків їжі, бактерій, що розкладаються. Це сприяє виникненню запальних процесів у роті і неприємного запаху.

Правильний догляд за порожниною рота важливий для людей різного віку, особливо літнього. Несанована порожнина рота і нечищені зуби можуть спотворити смак. Зубний наліт і бактерії накопичуються і призводять до подразнення і запалення ясен і можливої втрати зубів. При догляді за порожниною рота варто допомагати пацієнтові чистити *міжзубні проміжки* зубною ниткою і зуби щіткою (мал. 68).

Для полоскання рота хворі можуть користуватися незаражувальними розчинами: підсоленою водою (1/4 чайної ложки солі на склянку води); розчином калію перманганату (1 кристалик на склянку води), 2 % розчином борної кислоти або натрію гідрокарбонату. Тяжкохворим туалет ротової порожнини проводять медичні працівники 2 рази на день. Спочатку порожнину рота обполіскують розчином, а потім

обережно протирають язик, зуби, ясна і губи. Щоб протерти язик, його кінець обгортають стерильною марлевою серветкою і знімають наліт з язика ватним тампоном на пінцеті або корнцангу, змоченим антисептичним розчином. Після цього іншим тампоном протирають внутрішню і зовнішню поверхні зубів, відтягнувши при цьому шпателем щоки. Кожний зуб протирають окремо з усіх боків, особливо біля шийки. Внутрішню поверхню щік не протирають, а верхні кутні зуби протирають особливо ретельно, шпателем відтягнувши щоку. Після цієї процедури хворий прополоскує рот теплою водою.

Якщо хворий не може самостійно прополоскати рот, медична сестра здійснює зрошування (промивання) порожнини рота.

386

Для запобігання утворенню тріщин на губах їх змащують вазеліном або гліцериним.

Пацієнти можуть користуватися зубними протезами різного типу. Існують повні протези, що замінюють усі зуби, а також частково знімні протези, що замінюють тільки визначену частину зубів.

Зубні протези допомагають зберегти форму рота, покращують вимову і полегшують процес їди, вони сприяють позитивній самооцінці.

Знімні протези потребують періодичного очищення, оскільки лежать на ясенній поверхні щелепи і утворюють недосяжні для чищення зони. Також необхідно періодично знімати протези і після споживання їжі для очищення поверхонь. Після цього потрібно добре прополоскати рот і вставити протез. Протези очищують щодня, як мінімум перед сном, а найкраще — після кожного споживання їжі.

Щоб не перетворити зубні протези на джерело інфекції і неприємного запаху, необхідно щодня ретельно очищувати їх.

Після вечірніх гігієнічних процедур очищення протеза і порожнини рота це цілком допустиме. Головне — вранці і ввечері приділити кілька хвилин для спеціального догляду.

Необхідно міцно тримати протез у руках. Якщо чистите протез над раковиною, слід наповнити її водою, щоб у разі, якщо протез вислизне з рук, він не розбився.

Деякі стоматологи рекомендують постійно тримати протез у вологому середовищі — у роті або в контейнері (склянці) з водою вночі (мал. 69).

387

Догляд за порожниною рота непритомного пацієнта

- Непритомні пацієнти мають потребу в особливому догляді за порожниною рота.
- Пацієнтам, що перебувають у непритомному стані, зубні протези необхідно обов'язково зняти.
- Непритомний пацієнт не може правильно ковтати, тому його голова завжди має лежати на поверхні рівно і бути повернена в один бік.
- Пацієнти, що перебувають у непритомному стані, не можуть полоскати рот і підтримувати належні чистоту і вологість ротової порожнини. У роті стає сухо, зуби вкриваються нальотом, а на язичку і губах утворюється кірка. Тому догляд за порожниною рота слід здійснювати кожні 2 год.

Допомога пацієнту при одяганні і роздяганні

При забезпеченні особистого догляду завжди необхідно брати до уваги унікальні якості і характеристики людини (дитини чи дорослого), якій надається допомога в домашніх умовах. Пацієнти, за якими доглядають, віддають перевагу певним видам одягу. Надзвичайно важливо давати їм можливість вибирати власний одяг.

Щоб підтримати незалежність у догляді, необхідно пропонувати пацієнту, якого доглядають, роздягнутися чи одягнутися, по можливості, самостійно.

Коли допомагаєте пацієнту роздягнутися чи одягнутися, не слід забувати для створення конфіденційної обстановки поставити ширму чи зачинити двері. Потрібно допомагати вибирати одяг, який відповідає кліматичним умовам. Пацієнтам похилого віку може знадобитися тепліший одяг, тому що підшкірна жирова клітковина як теплоізолятор у них, як правило, функціонує слабше, ніж у людей молодшого віку. Крім того, у них спостерігається погіршення кровообігу і в цілому вони менш активні. Коли допомагаєте пацієнтові одягнутися чи роздягнутися, не варто забувати про його обмежені фізичні можливості. Наприклад, якщо в пацієнта паралізований один бік тіла, знімати одяг потрібно спочатку зі здорового боку, а надягати з хворого.

Перелік практичних навичок

1. Підготування ліжка пацієнтові.
2. Заміна постільної та натільної білизни.
3. Догляд за ротовою, носовою порожнинами тяжкохворого.
4. Догляд за волоссям, вухами, очима тяжкохворого.
5. Гоління обличчя пацієнта.
6. Підстригання нігтів на руках і ногах.
7. Проведення гігієнічних процедур у ліжку.

388

8. Підмивання пацієнта і оброблення природних складок.
9. Профілактика виникнення пролежнів.
10. Оброблення пролежнів.

Підготування ліжка для пацієнта

Мета: створення максимальної зручності пацієнту в ліжку. *Підготувати:* матрац, ковдру (вовняну або байкову), наматрацник, дві подушки (ватну і з пір'ям), комплект білизни.

Послідовність дій

1. Перевірити сітку ліжка, вона має бути добре натягнутою (без горбів і западин).
2. Простелити на матрац клеїонку, покрити простирадлом, краї якого заправити під матрац.
3. Надягти наволочки на подушки і покласти подушку з вати паралельно ліжку, а подушку з пір'я — під невеликим кутом до каретки ліжка.
4. Надягти підковдру.
5. На каретку ліжка повісити рушник.
6. Вимити руки.

Примітка: постільну білизну замінюють у плановому порядку 1 раз у 7—10 днів або за потребою.

Заміна постільної та натільної білизни

Мета: дотримання особистої гігієни.

Показання: планове гігієнічне оброблення пацієнтів, за потребою.

Підготувати: чистий комплект натільної і постільної білизни.

Послідовність дій

А. Заміна постільної білизни поздовжнім способом

1. Замінити підковдру і наволочку, відкласти їх убік.
2. Чисте простирадло згорнути трубкою до середини.
3. Повернувши пацієнта на бік, згорнути вільний край брудного простирадла до спини пацієнта.
4. На вільну частину ліжка розстелити чисте простирадло, вільний кінець якого заправити під матрац.
5. Повернути пацієнта на чистий край ліжка.
6. Прибрати брудне простирадло, а на його місці розправити чисте.
7. Укласти пацієнта у вихідне положення, покласти подушки, укрити його.

Б. Заміна постільної білизни поперечним способом

1. Звернути простирадло в поперечному напрямку.

2. Трохи підняти верхню частину тулуба пацієнта і згорнути брудне простирadlo до попереку його, а на вільне місце покласти чисте простирadlo.

3. Покласти подушки, опустити пацієнта.

389

4. Трохи підняти нижню частину тулуба пацієнта, прибрати брудне простирadlo, розправити на вільному місці чисте простирadlo.

5. Укласти пацієнта, укрити його. **В. Заміна натільної білизни**

1. Підвести руки під крижову ділянку пацієнта, забрати край сорочки і підняти її до голови (мал. 70, а).

2. Підняти руки пацієнтові і зняти сорочку через голову.

3. Зняти сорочку з рук пацієнта.

4. Надіти чисту сорочку на руки пацієнта і при піднятих руках перенести її через голову (мал. 70, б).

5. Розправити сорочку під пацієнтом.

6. Якщо у нього ушкоджена рука, сорочку знімають спочатку зі здорової руки (мал. 71, а), потім, перекинувши її через голову, знімають з хворої руки; у цьому разі пацієнта одягають у зворотному порядку (мал. 71, б).

Умивання пацієнта (мал. 72)

Мета: профілактика ускладнень, підвищення життєвого тонуусу і якості життя пацієнта.

Показання: відсутність самостійних навичок і рухової активності.

390

Підготовка: пояснити пацієнтові суть процедури, послідовність дій, погодити з ним температуру води, інтенсивність рухів.

Оснащення: клейонка або водонепроникна пелюшка, таз, вода комфортної температури, рукавичка, рушник.

Положення пацієнта: лежачи на спині.

Послідовність дій:

1. Вимити руки, підготувати таз, воду, перевірити температуру води.

2. Надягнути рукавичку, занурити її у воду, відтиснути.

3. Щоразу при вмиванні обличчя обмивають звичайно вушні раковини і повіки.

4. Протерти обличчя пацієнта вологою рукавичкою. Існують так звані масажні лінії (мал. 73):

391

• у ділянці лоба — від середини лоба до скронь;

• у ділянці верхніх повік — від внутрішнього кута ока до зовнішнього;

• у ділянці нижніх повік, навпаки, від зовнішнього кута ока до внутрішнього;

• у ділянці носа — від перенісся до кінчика носа, по спинці, від спинки носа вниз до бічних поверхонь;

• у ділянці щік — від крил носа і середини верхньої губи до верхніх частин вушних раковин, від кутів рота — до козелків вушних раковин;

• у ділянці нижньої губи й підборіддя — від їхньої середини до часточок вушної раковини;

• у ділянці шиї: по передній поверхні шиї — знизу вгору, по бічних поверхнях шиї — згори вниз, по задній поверхні — згори вниз.

5. Витерти обличчя пацієнта насухо промокальними рухами.

6. Вимити руки.

Можливі ускладнення: дискомфортний стан.

Якщо пацієнт зберігає хоч найменшу самостійність і активність, слід обов'язково заохочувати його до самообслуговування.

Догляд за ротовою, носовою порожнинами тяжкохворого

Мета: профілактика стоматиту.

Підготувати: 2 % розчин натрію гідрокарбонату, або 0,02 % розчин фура-циліну, або розчин калію перманганату рожевого кольору, переварену воду, два шпатель, рушник, серветки, клейонку, мензурки, ниркоподібний лоток, дерев'яну паличку, вату, шприц Жане (або гумовий балон), вазелінове масло або гліцерин.

Послідовність дій

А. Догляд за ротовою порожниною

1. Щоразу після їди полоскати рот підсоленою водою (1/4 чайної ложки кухонної солі на 1 склянку води).

2. Двічі на день (уранці і ввечері) допомагати пацієнтові, який перебуває на ліжковому режимі, почистити зуби (мал. 74).

3. На ніч зняти знімні протези (якщо вони є), промити їх під проточною водою з лимоном і зберігати у склянці з водою (див. мал. 69).

4. Для оброблення ротової порожнини необхідно:

а) зняти зубні протези (якщо вони є);

б) відлити в мензурку один із приготовлених розчинів;

в) попросити пацієнта зімкнути зуби. Відсунути щоку шпателем і паличкою з намотаною на кінці ватою, змоченою в розчині, обробити ясна, а потім кожний зуб. Нижні зуби обробляють знизу догори;

г) на шпатель намотати марлеву серветку, змочити в розчині й обробити язик пацієнта.

392

Шал. 74. Чищення зубів щіткою і спеціальною ниткою: а — очищення жувальної поверхні зубів; б — очищення передньої поверхні зубів, проведення щіткою згори донизу і знизу догори колоподібними рухами; в — фіксування верхнього кінця нитки кількома турами на середньому пальці правої руки; г — уведення нитки в простір між зубами і виведення її зигзагоподібними рухами

Зрошення порожнини рота (мал. 75)

Мета: обмити слизову оболонку порожнини рота, видалити залишки їжі. *Підготовка:*

пояснити пацієнтові суть процедури.

Оснащення: грушоподібний гумовий балон (шприц Жане), кружка Есмарха, клейонка, лоток, шпатель, антисептичний розчин. *Послідовність дій*

1. Хворому надати положення Фаулера з дещо нахиленою вперед головою, щоб рідина не потрапляла в дихальні шляхи.

2. Шию і груди закрити клейончастим фартухом, голову пацієнта повернути набік, а під підборіддя підставити лоток (по можливості хворий його притримує сам).

3. Вимити руки й одягнути рукавички.

4. Набрати розчин у балон (шприц Жане, кувалда Есмарха мають розташовуватися на 1 м вище від голови пацієнта — цим забезпечується достатня сила струменю рідини).

5. Відтягнути кут рота шпателем, увести наконечник балона і, відтягаючи по черзі щоки шпателем, струменем рідини зростити правий і лівий защічний простір (знімні зубні протези перед обробленням порожнини рота необхідно зняти).

393

Б. Догляд за носовою порожниною

1. Змочити у вазеліновому маслі ватні турунди та по черзі ввести їх у праву і ліву ніздрі на 1—3 хв.

1. Обертальним рухом вийняти турунди.

Примітка: можна спочатку закапати в ніс 1—2 краплі вазелінового масла (або гліцерину), потім видалити кірочки за допомогою обертальних рухів.

Можливі ускладнення

1. При зрошуванні ротової порожнини вода може потрапити в дихальні шляхи.

2. При обробленні носової порожнини можливе поранення гострими предметами слизової оболонки носа.

Ранковий туалет порожнини рота і ясен

Мета: гігієнічна процедура.

Показання: відсутність самостійних навичок, зниження рухової активності.

Протипоказання: немає.

Підготовка: пояснити пацієнтові суть процедури, ваші спільні дії.

Оснащення: рукавички, шпатель, марлеві тампони, ватні кульки, пінцет, антисептичний розчин (2 % розчин натрію гідрокарбонату, 1:10 000 розчин калію перманганату), тепла вода, рушник, марлеві серветки.

Положення пацієнта: лежачи з піднятим головним кінцем (положення Фа-улера).

Послідовність дій

1. Одягнути маску і захисні окуляри.

2. Вимити руки, надягнути рукавички.

3. Провести огляд зубів і ясен (мал. 76).

4. Шпателем, який зручніше тримати в лівій руці, відсунути догори верхню губу й обробити слизову оболонку верхніх ясен, потім, відсунувши нижню губу, обробити слизову оболонку нижніх ясен (мал. 77), змінюючи тампони.

394

5. Обернути язик стерильною марлевою серветкою і лівою рукою обережно витягнути його з рота.

1. Марлевым тампоном, змоченим розчином антисептика, протерти язик.

6. Вологими тампонами протерти передню і задню поверхні зубів.

7. Попросити пацієнта прополоскати рот теплою водою.

8. Зняти рукавички (маску й окуляри), вимити руки.

Догляд за волоссям, вухами, очима тяжкохворого

Мета: дотримання особистої гігієни пацієнта, профілактика педикульозу, кон'юнктивіту.

Підготувати: густий гребінь, ватні турунди, слабкий розчин оцтової кислоти, стерильні кульки, стерильні очні піпетки, антисептичний розчин (1:5000 розчин фурациліну або 2 % розчин борної кислоти), стерильний 0,9 % розчин натрію хлориду, 3 % розчин перекису водню, ниркоподібний лоток.

Послідовність дій

А. Догляд за волоссям

1. Змочити гребінь у слабкому розчині оцту і розчісувати волосся.

2. Гребінь обробити з милом, довге волосся бажано заплести. *Б. Догляд за вухами*

1. Марлю змочити в мильному розчині і протерти зовнішній слуховий хід.

2. За наявності сірчаних пробок змочити ватні турунди або вушні палички в розчині перекису водню і ввести в зовнішній слуховий хід на 2—3 хв, після їх видалення чистими турундами за допомогою обертальних рухів прочистити слухові ходи.

3. Щоб почистити вухо, лівою рукою відтягнути вушну раковину дозад і вгору, а правою обережно ввести турунду в зовнішній слуховий хід і легкими обертальними рухами очистити його.

4. Якщо сірка не відходить, можна закапати в зовнішній слуховий хід 2—3 краплі 3 % перекису водню за допомогою звичайної очної піпетки. Після розм'якшення сірки її легко можна видалити ватною турундою. Цю процедуру слід проводити обережно, щоб не поранити шкіру зовнішнього слухового ходу, а тим більше барабанну перетинку. У разі невдачі не можна насильно

395

продовжувати видалення сірки турундою, а потрібно звернутися до отоларинголога, який видалить засохлу сірку шляхом промивання слухового ходу. **В. Догляд за очима**

1. У стерильний лоток покласти 8—10 стерильних марлевих тампонів і налити переварену воду (за наявності виділень використовують антисептичний розчин).

2. Одягнути стерильні гумові рукавички.

3. Відтиснувши марлевий тампон, протерти одну повіку в напрямку від зовнішнього кута ока до внутрішнього, кульку викинути.

4. У такий спосіб повторити протирання різними кульками.

5. Якщо на слизовій оболонці повік є виділення, то вони засихають і утворюють кірочки, які склеюють вії. Кірочки треба змочити теплим антисептичним розчином або стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду (на повікову щілину накладають змочену цими розчинами марлеву серветку на 1—2 хв або зрошують око за допомогою очної піпетки). Після розм'якшення кірки легко видаляються. За наявності гнійних виділень з одного ока обробляють спочатку око, у якому відсутні виділення, щоб запобігти перенесенню інфекції.

6. Сухою кулькою протерти повіки в тому самому напрямку.

7. Таким способом обробити інше око.

8. Після маніпуляції вимити руки.

Можливі ускладнення: травми слухового ходу. Тому при обробленні вух не накручуйте вату на тверді предмети.

Промивання очей за допомогою ванночки-ундини (мал. 78)

1. Обробити руки в гумових рукавичках дезінфекційним розчином.

2. У стерильну скляну ванночку для очей (ундина) налити антисептичний розчин.

3. Запропонувати хворому взяти ванночку за ніжку, нахилитись над нею так, щоб повіки розміщувались у ванночці, і притиснути її до шкіри, потім підняти голову, притримуючи ванночку руками (рідина при цьому не повинна витікати з неї).

4. Попросити хворого часто покліпати протягом 1 хв, потім, нахилившись уперед, поставити ванночку на стіл.

5. У разі потреби повторити процедуру, змінивши розчин у ванночці на свіжий (за призначенням лікаря повторюють процедуру 8—10 разів).

Аналогічно провести лікувальні очні процедури. Якщо немає очної ванночки, можна промити очі за допомогою піпетки, підставивши ниркоподібний лоток, у напрямку від зовнішнього кута ока до внутрішнього.

6. Продезінфікувати використане приладдя.

7. Зняти гумові рукавички, вимити і висушити руки.

Гоління обличчя пацієнта

Підготувати: лоток з водою, рушник, серветку для компресу, безпечну бритву, помазок для гоління (мал. 79, 1).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід маніпуляції і отримати згоду.
2. Допомогти пацієнтові набути положення Фаулера (мал. 79, 2).
3. Змочити велику серветку в гарячій воді (40—50 °С), відтиснути та покласти її на обличчя пацієнтові (мал. 79, 3).
4. Нанести на шкіру обличчя крем для гоління і помазком розтерти його в м'яку піну (мал. 79, 4).
5. Відтягуючи шкіру в напрямку, протилежному руху бритви, поголити обличчя (мал. 79, 5—8).
6. Після гоління протерти обличчя вологою серветкою, висушити.
7. Вимити руки.

Підстригання нігтів на руках і ногах

Підготувати: рідке мило, рушник, пилочки, крем для рук і ніг, щіточку для нігтів, ножиці, лоток, щипчики (мал. 80, а).

397

Послідовність дій

А. Підстригання нігтів на руках

1. Пояснити пацієнтові хід маніпуляції і отримати згоду.
1. У лоток із теплою водою і рідким милом опустити кисть пацієнта на 2—3 хв (мал. 80, б).
2. Витягти мізинець з води, витерти його і акуратно підстригти ніготь, залишивши 1—2 мм (мал. 80, в).
3. По черзі витягти з води усі пальці однієї руки; коли у лотку залишиться останній палець, опустити другу кисть.
2. Зробити ті самі маніпуляції з іншою рукою. 6. Обробити нігті пилочкою та м'якою щіточкою. **Б. Підстригання нігтів на ногах**

1. У таз із теплою водою та рідким милом опустити одну стопу на 3—5 хв.
2. Витягти стопу з води, просушити її та поставити на рушник, іншу стопу на цей час помістити у воду (мал. 80, г). Акуратно підстригти нігті спеціальними щипчиками (мал. 80, г).
3. Таку саму процедуру здійснити з іншою стопою.
4. Обробити нігті пилочкою та щіточкою.
5. За потреби змастити шкіру рук і ніг кремом.
6. Продезінфікувати ножиці та пилочку.
7. Вимити руки.

398

Не підстригайте нігті на пальцях ніг занадто коротко, тому що можна ушкодити шкіру. Нігті завжди підстригайте строго перпендикулярно пальцям (мал. 80, д).

Проведення гігієнічних процедур у ліжку

Підготувати: ємність з теплою водою, підкладне судно, глечик для обполіскування волосся, клейонку, рушник — 3 шт., чисту білизну, махрову "рукавичку" — 2 шт., шампунь, простирадло, гребінець, рукавички, мішок для сміття, мило, мішок для брудної білизни.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід і суть процедури й отримати його згоду на виконання (якщо це можливо).
2. Опустити головний кінець ліжка до горизонтального рівня (або до максимально низького рівня, якщо пацієнт не може лежати горизонтально). Опустити бічне бильце.
3. Перемістити пацієнта до того краю ліжка, біля якого ви стоїте.
4. Зняти ковдру з пацієнта, згорнути її і покласти на спинку ліжка, укрити пацієнта простирадлом.
5. Зняти натільну білизну з пацієнта.
6. Розгорнути рушник і покласти його впоперек грудей пацієнта.
7. Підняти бічне бильце. Підготувати ємність з теплою водою. Упевнитись, що вода комфортної температури — 36—37 °С.
8. Змочити махрову тканину і зробити з неї "рукавичку" для миття:
 - узяти в руку мочалку так, щоб одна її частина огортала кисть, а іншу натягти рукою;
 - огорнути решту махрової тканини навколо своєї кисті і притримувати її великим пальцем;
 - скласти отриману смужку махрової тканини вдвоє на рівні кисті і заправити її під складку на долоні.
9. Опустити бічне бильце. Махровою рукавичкою (без мила) промити повіки (від зовнішнього кута ока до внутрішнього). Витерти повіки насухо, іншим боком рукавички вимити повіки іншого ока.
10. Вимити з милом, сполоснути і витерти насухо шию і вушні раковини пацієнта. Упевнитись, що шкіра пацієнта за вухами витерта насухо. Милом користуватися помірно.
11. Відкинути простирадло, яким вкрито пацієнта, з боку руки, що віддалена від вас. Покласти рушник під руку, уздовж неї. Вимити, обполоснути і витерти насухо плече, передпліччя і пахвову ділянку пацієнта. Для витирання використовувати рушник, що лежить під рукою. Під час миття і витирання підтримувати руку в місцях суглобів.
12. Вимити, ополоснути і витерти кисть пацієнта. Якщо можливо, опустити кисть у ємність із водою: покласти клейонку на ліжко, поставити на неї ємність із водою й опустити в неї кисть. Прибрати рушник з-під руки пацієнта. Вкрити руку простирадлом.

399

13. Відкинути простирадло з руки пацієнта, що ближче до вас. Покласти рушник під руку. Вимити, сполоснути і витерти насухо плече, передпліччя, пахвову ділянку і кисть. Прибрати рушник з-під руки пацієнта і вкрити її простирадлом. Розмістити рушник на грудях і животі пацієнта зверху простирадла.
14. Витягти простирадло з-під рушника, згортаючи його у вигляді рулону в напрямку до ногого кінця ліжка.
15. Відкинути рушник так, щоб оголити ту частину грудної клітки, яка найбільше віддалена від вас. Вимити, сполоснути і витерти насухо частину грудної клітки пацієнта. У жінок: оглянути складки шкіри під грудьми. Накрити цю частину грудної клітки рушником.
16. Відкинути рушник так, щоб оголити ту частину грудної клітки, що ближча до вас. Вимити, ополоснути і витерти насухо грудну клітку пацієнта. Накрити цю частину грудної клітки рушником.
17. Вимити, ополоснути і витерти насухо живіт пацієнта так, як це робили під час миття грудної клітки. Прикрити грудну клітку і живіт пацієнта простирадлом і витягти з-під нього рушник.
18. Перевірити температуру води і те, наскільки вона мильна. Якщо є потреба, змінити воду:
 - підняти бічне бильце (якщо воно є);
 - вилити воду і сполоснути ємність для води;
 - наповнити ємність водою;
 - перевірити температуру води;

— повернутися до ліжка й опустити бічні бильця.

19. Відкинути простирadlo з тієї ноги пацієнта, яка найбільше віддалена. Покласти рушник під ногу, уздовж неї. Вимити ногу і стопу. Якщо можливо, опустити стопу пацієнта в ємність із водою: зсунути рушник, покласти на ліжко клейонку, поставити ємність з водою, попросити пацієнта зігнути ногу в коліні і поставити стопу в воду:

— вимити і ополоснути ногу, допомогти пацієнтові вийняти її з води і поставити на рушник;
— відставити вбік ємність із водою;

— витерти стопу насухо, упевнитись, що шкіра між пальцями суха. Накрити вимиту ногу простирadлом, прибрати з-під неї рушник.

20. Відкинути простирadlo з тієї ноги пацієнта, яка ближча до вас. Покласти під неї рушник. Вимити, ополоснути і витерти насухо ногу і стопу пацієнта. Накрити ногу простирadлом, прибрати з-під неї рушник.

21. Допомогти пацієнту повернутись на бік так, щоб він був повернутий спиною до вас.

22. Підстелити рушник поверх простирadла вздовж спини і сідниць пацієнта. Вкрити пацієнта спереду простирadлом (грудну клітку, руки, ноги).

23. Вимити, ополоснути і витерти насухо шию, спину і сідниці пацієнта. Оглянути шкіру пацієнта. Зробити легкий масаж спини круговими рухами

400

пальців у напрямку від талії до плечей, потім від плечей до сідниць. Тривалість масажу — 3—5 хв.

24. Простелити під сідницями пелюшку (клейонку і пелюшку) та (або) судно і повернути пацієнта на спину. Підняти бічне бильце.

25. Вилити воду, сполоснути ємність, налити теплу воду, упевнитись, що вона комфортної температури.

26. Якщо пацієнт у змозі самостійно вимити ділянку промежини, запропонувати йому чисту махрову мочалку, мило, воду. Залишити його наодинці для проведення процедури. Якщо не в змозі, зробити це за нього.

27. Догляд за промежиною.

Опустити бічне бильце. Прикрити ділянку промежини:

— вкрити пацієнта простирadлом так, щоб один його кут був на грудях, інший — над промежиною, іще два — прикривали тулуб і кінцівки;

— допомогти пацієнтові зігнути ноги в колінах і звести їх;

— загорнути ножний бічний кут простирadла навколо стопи (під стопу, навколо неї, поверх неї) і заправити під стопу.

Надягти рукавички. Зробити з махрової тканини "рукавичку" і намити її.

Догляд за промежиною чоловіка (мал. 81, а, б):

а) взяти однією рукою статевої член, відтягнути передню шкірочку (крайню плоть) — якщо чоловіку не було зроблено обрізання, — вимити головку статевого члена намиленою "рукавичкою", рухаючись обертовими рухами в напрямку від сечівника до периферії;

б) змити мило з "рукавички"; прополоскати її; ополоснути і насухо промокнути головку статевого члена в тій самій послідовності, що й під час миття, повернути передню шкірочку в її природне положення;

в) вимити, сполоснути і насухо витерти тіло статевого члена у напрямку до лобка;

г) допомогти пацієнтові зігнути ноги в колінах і розвести їх;

г) ретельно вимити, ополоснути і просушити шкіру калитки;

д) допомогти пацієнтові повернутися набік; вимити, сполоснути і насухо витерти ділянку відхідника.

401

Догляд за промежиною жінки (мал. 81, в):

а) вимити промежину в такій послідовності:

— лобок;

— однією рукою розвести соромітні губи і вимити одну соромітну губу, потім іншою частиною "рукавички" — другу соромітну губу. Рухатися "рукавичкою" у напрямку від лобка до відхідника. Іншою частиною "рукавички" обмити поверхню між соромітними губами в напрямку від лобка до відхідника;

б) сполоснути "рукавичку" у воді; сполоснути промежину в тій самій послідовності, що й під час миття;

в) витерти насухо промежину в тій самій послідовності, змінюючи поверхню "рукавички";

г) вимити, сполоснути і ретельно осушити ділянку відхідника у напрямку від статевих органів, змінюючи поверхню "рукавички" під час кожного руху.

28. Зняти рукавички і покласти їх у мішок для сміття.

29. Замінити нижнє простирадло (за потреби), якщо не маєте наміру мити голову.

30. Вилити воду, сполоснути ємність (якщо вона не індивідуальна — продезінфікувати її).

31. Вимити руки.

1. Розчесати волосся.

2. Поставити в узголів'я ліжка (з того боку, де працюєте) стілець; на нього — порожню ємність для води.

3. Наповнити ємність теплою водою; упевнитись, що вона комфортної температури; поставити ємність на тумбочку біля ліжка.

4. Підкласти під голову і плечі пацієнта клейонку, спустити її вільний край у порожню ємність для води, що стоїть на стільці; по краю клейонки, навколо голови, розмістити згорнутий валиком рушник.

5. Покласти на очі пацієнта невеличку пелюшку (махровий рушник).

402

6. Наповнити глечик водою і змочити волосся; продовжувати лити воду на волосся, доки воно не буде повністю змочене.

7. Нанести невелику кількість шампуню на волосся і обома руками вимити його. Обережно масажувати шкіру голови, доки все волосся не буде намілене; стояти збоку від пацієнта, на рівні волосистої частини голови.

8. Налити в глечик воду, полити її на волосся пацієнта; продовжувати лити воду на голову пацієнта доти, доки не буде змито весь шампунь (якщо пацієнт хоче, вимити його волосся шампунем ще раз).

9. Розгорнути чистий, сухий рушник; обережно підняти голову пацієнта і витерти його волосся насухо; якщо пацієнту холодно, обгорнути його голову рушником;

10. Витягти з-під голови клейонку, рушник, що лежить навколо голови, і покласти їх у водонепроникний мішок;

11. Замінити нижнє простирадло (за потреби), розчесати волосся пацієнта;

12. Вимити руки.

Показання: відсутність самостійних навичок, обмеження рухової активності.

Підготовка: пояснити пацієнтові суть процедури, ступінь його участі в її проведенні.

Оснащення: рукавички, таз із водою, мило, рушник, клейонка.

Положення пацієнта: лежачи, сидячи.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту хід і суть процедури й отримати його згоду на виконання (якщо це можливо).

2. Відгорнути нижній кінець матраца, на сітку ліжка поставити миску з теплою водою і занурити в неї ноги пацієнта.

3. Намиленою губкою ретельно промити міжфалангові проміжки. Помити інші ділянки ніг (до середини гомілки).

4. Сухим рушником витерти спочатку міжфалангові проміжки, а потім усю поверхню ніг.

Підмивання пацієнта і оброблення природних складок

Мета: профілактика пролежнів, попріlostей.

Показання: ліжковий режим, догляд за пацієнтами з нетриманням сечі і калу. *Підготувати:* судно, клейонку, пелюшку, кухоль зі слабким розчином перманганату калію, корнцанг, стерильні марлеві тампони, вазелін або дитячий крем. *Послідовність дій* 1. Пояснити пацієнту хід процедури і отримати згоду.

403

2. Під крижову ділянку пацієнта підстелити клейонку і підставити судно (мал. 84).

3. Попросити пацієнта зігнути ноги в колінах і злегка їх розвести в боки.

4. Узяти кухоль з приготованим розчином (36—37 °С) у ліву руку, а корнцанг з марлевым тампоном — у праву руку.

5. Поливаючи розчин на статеві органи, підмити пацієнта в такій послідовності: ділянку лобка, внутрішню поверхню стегон, зовнішні статеві органи, промежину, ділянку відхідника (напрямок рухів має бути згори донизу — від зовнішніх статевих органів до відхідника).

6. Замінити тампон і сухим тампоном витерти шкіру пацієнта в тій самій послідовності і в тому самому напрямку.

7. Пахвинні складки обробити вазеліном.

Можливі ускладнення: при неправильній послідовності виконання процедури можливе занесення інфекції з ділянки відхідника в сечову і статеву системи.

Профілактика виникнення пролежнів

Показання: тривале перебування на ліжковому режимі, ослаблений стан, знижений імунітет, тривале вимушене положення, порушення функції видільної системи.

Підготувати: гумові круги, ватно-марлеві круги, пелюшку, камфорний спирт, або одеколон, або 40 % розчин етилового спирту, вату, рушник.

Послідовність дій

1. Щодня оглядати тіло пацієнта, місця найбільшого стиснення.

2. Змінювати положення хворого в ліжку кожні 2 год (якщо це можливо).

3. Декілька разів на день струшувати крихти з простирадла і розправляти складки натільної і постільної білизни.

4. Під місця найбільшого стиснення шкіри підкладають гумовий круг, накритий пелюшкою, або

404

ватно-марлеві круги (місця найбільшого стиснення мають розміщуватись над отвором круга).

5. Розтерти місця можливого утворення пролежнів сухим грубим рушником (до почервоніння), використовуючи елементи масажу.

6. Щодня протирати місця можливого утворення пролежнів (мал. 85, 86) дезінфекційним розчином:

405

- а) змочити один кінець рушника в приготованому розчині і протерти місця найбільшого стиснення, сухим кінцем рушника витерти шкіру насухо;
- б) теплим камфорним спиртом за допомогою ватного тампона протирати місця найбільшого стиснення.

Оброблення пролежнів

Мета: не допустити поширення інфекції в глибше розміщені тканини.

Підготувати: ниркоподібний лоток, шпатель, розчин перекису водню, 1 % розчин бриліантового зеленого, 5 % розчин калію перманганату, мазь Вишневського, мензурки, стерильні марлеві серветки, кульки, пінцет, дерев'яні палички з ватою, лоток для брудного інструментарію.

Послідовність дій

1. За появи червоної плями змочити дерев'яну паличку з ваткою в 1 % розчині бриліантового зеленого і обробити шкіру, паличку викинути, процедуру повторювати 2—3 рази на день.
2. При порушенні цілості шкіри:
 - а) відлити в мензурку 3 % розчин перекису водню і за допомогою пінцета і кульки обробити розчином поверхню пролежнів;
 - б) відлити в мензурку 5 % розчин калію перманганату, за допомогою палички з ватою продубити краї пролежня;
 - в) провести опромінення кварцовою лампою (3 хв) ділянки пролежнів;
 - г) покласти асептичну пов'язку з маззю Вишневського.
3. Оброблення ран проводити щодня.

Можливі проблеми пацієнта

План догляду за наявності ризику виникнення і поширення пролежнів (у лежачого хворого)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1(п). Ризик виникнення пролежнів	1. Пролежнів не буде	1. Проводити поточне оцінювання не менше ніж 1 раз на добу (вранці) за шкалою. 2. Змінювати положення пацієнта кожні 2 год: <ul style="list-style-type: none"> • 8—10 год — положення Фаулера; • 10—12 год — положення на лівому боці; • 12—14 год — положення на правому боці; • 14—16 год — положення Фаулера; • 16—18 год — положення Сімса; • 18—20 год — положення Фаулера; • 20—22 год — положення на правому боці; • 22—24 год — положення на лівому боці; • 0—2 год — положення Сімса; • 2—4 год — положення на правому боці;

406

		<ul style="list-style-type: none"> • 4—6 год — положення на лівому боці; • 6—8 год — положення Сімса (вибір положення та їх чергування можуть змінюватися залежно від захворювання та стану пацієнта). 3. Щоденно вранці о.....годині обмивати ділянки. 4. Перевіряти стан ліжка при зміні положення (кожні 2 год). 5. Навчити родичів техніці правильного переміщення (піднімаючи над ліжком). 6. Визначити кількість спожитої їжі (кількість білка не менше ніж 120 г за добу). 7. Забезпечити вживання не менше ніж 1,5 л рідини за добу: <ul style="list-style-type: none"> • з 9 до 13 год — 700 мл;
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • з 13 до 18 год — 500 мл; • з 18 до 22 год — 300 мл. <p>8. Використовувати поролонові прокладки, що виключають тиск на шкіру.</p> <p>9. При нетриманні сечі: змінювати підгузки кожні 4 год. При нетриманні калу: змінювати підгузки негайно після дефекації з подальшою дбайливою гігієнічною процедурою.</p> <p>10. При посиленні болю — консультація лікаря.</p> <p>11. Заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку за допомогою перекладин, поручнів та інших застосувань</p>
--	--

Лист сестринського оцінювання ступеня тяжкості пролежнів та план догляду за ними

Відділення _____

Номер палати _____

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____

Дані оцінювання ступеня тяжкості пролежнів та план догляду	Ступінь тяжкості пролежнів
Попереднє оцінювання: розмір/ступінь/ колір/ місце розміщення	<p>I — шкіра не ушкоджена. Стійка гіперемія, що не зникає після припинення тиснення. II — поверхнєве (неглибоке) порушення цілості шкіри з поширенням на підшкірну жирову клітковину. Стійка гіперемія. Відшарування епідермісу. III — руйнування шкіри аж до м'язового шару із проникненням у м'язи. Пролежень має вигляд рани. Можуть бути рідкі виділення з рани. IV — ураження усіх м'яких тканин. Наявність порожнини, у якій видно нижче розміщені тканини (сухожилки і навіть кістки). Мета догляду: сприяти створенню оптимальних умов для загоєння. Інструментарій (матеріал), спеціальні засоби: 1. 2. 3. 4. 5. 6.</p>

407

Дата і підпис

Узгоджено з лікарем-куратором Лікар (підпис)

План догляду та лікування пролежнів

Проблема	Мета	Сестринські втручання
<p>1. Пролежні в будь-якій ділянці тіла.</p> <p>2. (п) Ризик подальшого розвитку пролежнів.</p> <p>3. Біль у ділянці пролежня, що порушує сон та настрій.</p> <p>4. Неприємний запах від пролежнів, який спричинює дискомфорт.</p> <p>5. Пригнічений настрій у зв'язку з тривалим лікуванням пролежнів</p>	<p>1. Сприяти загоєнню пролежнів.</p> <p>2. Нових пролежнів не буде.</p> <p>3. Пацієнт підтвердить, що він не відчуває болю.</p> <p>4. Пацієнт та його оточення не відчуватимуть неприємного запаху та пов'язаного з ним дискомфорту</p>	<p>I. Див. план профілактики пролежнів.</p> <p>2. I ступінь тяжкості: біооклюзивні пов'язки (за призначенням лікаря). <i>// ступінь тяжкості:</i> — перед обробленням пролежнів дезодорування рани за допомогою серветок з активованим вугіллям; — дезодорування приміщення за допомогою дезодоранту; — фільтри для очищення повітря; — промивання пролежня великою кількістю ізотонічного розчину натрію хлориду чи стерильної дистильованої води.</p> <p>III та IV ступені тяжкості: — лікування хірургічне: розтин порожнини з подальшою дезінфекцією та видалення змертвілих тканин; — для видалення некротичної відшарованої</p>

	<p>маси застосовують ферментні препарати (за призначенням лікаря);</p> <p>— за призначенням лікаря — внутрішньо-м'язово або внутрішньовенно, місцево (гель) для покращання обмінних процесів та прискорення регенерації тканин;</p> <p>— пов'язка на рану (для запобігання інфекції):</p> <ul style="list-style-type: none"> • в останні шари пов'язки можна класти пластини з активованим вугіллям; • за можливості закріплювати пов'язки паперовою липкою стрічкою (вона не так сильно стягує, не зсовує шари тканин, легше знімається, дає змогу шкірі дихати); <p>— оцінювання ефективності знеболювання та болю за шкалою;</p> <p>— при неефективному знеболюванні необхідна консультація з лікарем.</p> <p>5. Психологічна підтримка пацієнта та його близьких за наявності емоційних реакцій, пов'язаних із фактом тривалого лікування пролежнів</p>
--	---

408

Приклад розв'язання ситуаційної задачі

Під час важкого інфекційного захворювання пацієнту Г. призначено суворий ліжковий режим. Особисту гігієну пацієнту допомагали підтримувати палатні медичні сестри. З покращанням загального стану йому дозволено бути на палатному режимі. Через ослаблений стан він неспроможний самостійно одягатися і підтримувати особисту гігієну.

Обсяг втручань медичної сестри з догляду за пацієнтом.

Розв'язання ситуаційної задачі.

При такому стані у пацієнта не задовольняється потреба в особистій гігієні та одяганні.

Медична сестра має скласти план догляду при незадоволенні потреби.

План догляду при незадоволенні потреби в особистій гігієні, одяганні

Проблема	Мета	Сестринські втручання
<p>1. Пацієнт Г. неспроможний самостійно підтримувати особисту гігієну.</p> <p>2. Пацієнт неспроможний самостійно одягатися</p>	<p>1. Повідомити, що його гігієнічні потреби та потреби в наданні допомоги при одяганні задовольняються на належному рівні</p>	<p>1. Оцінити спроможність пацієнта самостійно виконувати гігієнічні процедури, а також самостійно одягатися.</p> <p>2. Показати пацієнту місце, де він може прийняти душ відразу як тільки відчує, що може це зробити.</p> <p>3. Запропонувати пацієнтові допомогу в проведенні гігієнічних процедур та під час одягання, якщо потрібно.</p> <p>4. Заохочувати пацієнта бути якомога незалежнішим (у межах своїх можливостей).</p> <p>5. Спланувати разом з пацієнтом мету щодо самостійного виконання гігієнічних процедур, одягання. Досягнення результатів слід реєструвати щоденно.</p> <p>6. Рекомендувати родині приносити в лікарню особисті предмети гігієни, туалету та одяг</p>

	<p>пацієнта, щоб він міг підтримувати свою індивідуальність та гідність.</p> <p>7. Створити умови, щоб пацієнт міг самостійно підтримувати гігієну ротової порожнини, волосся, очей та статевих органів. Надавати допомогу в разі потреби</p>
--	---

409

ХАРЧУВАННЯ ТА ГОДУВАННЯ ПАЦІЄНТА

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- основи раціонального харчування;
- основні принципи лікувального харчування;
- характеристики основних лікувальних столів;
- організацію харчування пацієнтів у стаціонарі;
- види штучного харчування, показання, основні поживні речовини;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад зниження апетиту, дефіцит знань про призначену дієту. Сестринські втручання.

Уміти:

- провести бесіду з пацієнтом і його родичами про суть призначеної дієти;
- здійснювати штучне харчування пацієнта (на фантомі). **Володіти навичками:**
- годування тяжкохворого з ложки та напувальника;
- складання порційної вимоги. **Організація харчування пацієнтів у стаціонарі**

Стан здоров'я пацієнта, його самопочуття, ефективність і тривалість процесу одужання значною мірою залежать від правильно організованого, збалансованого і раціонального харчування.

В організації харчування пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, беруть участь медичні працівники відділень та працівники харчоблока.

Загальне щоденне керівництво харчуванням хворих у великих стаціонарах здійснює лікар дієтолог, який відповідає за правильне складання і застосування лікувальних дієт, а також надає консультативну допомогу лікарям відділень щодо вибору найоптимальнішої дієти.

Безпосереднє керівництво роботою харчоблока (контроль якості продуктів, їх закладання, приготування їжі, доправлення у відділення та ін.) покладається на дієтичну сестру лікарні.

Лікар-ординатор призначає пацієнтові відповідну дієту і записує її у листок лікарських призначень з урахуванням наступних кількох днів (вихідних чи святкових). Палатна медична сестра складає палатний порційник, у якому вказує дату, загальну кількість хворих, а також номер палат і прізвища та ініціали пацієнтів відповідно до дієти. На основі палатного порційника старша медична сестра відділення складає порційну вимогу, в якій зазначає назву відділення, дату, загальну кількість пацієнтів і їхню кількість відповідно до кожної дієти.

Підписують порційну вимогу завідувач і старша медична сестра лікувального відділення, а також старша медична сестра приймального відділення, яка в разі поступлення значної кількості пацієнтів у вечірній і нічний

412

час у відділення стаціонару вранці на харчоблок подає додаткову порційну вимогу. Планову порційну вимогу подають на харчоблок до **11:00**.

Дієтична сестра (лікар-дієтолог) складає меню-порційник для хворих усіх відділень стаціонару, де вказує: номер дієти, назву страви, кількість пацієнтів кожного відділення, яким призначено цю страву, витрату необхідних інгредієнтів для виготовлення однієї порції і всіх порцій відповідної страви, об'єм готової страви (г, мл) на одну порцію. При складанні меню-порційника дієтична сестра керується відповідними картками-меню для весняно-літнього і осінньо-зимового періоду.

Після виготовлення страв згідно з відповідними дієтами лікар-дієтолог або лікар приймального відділення (за призначенням головного лікаря) знімає пробу виготовлених страв, записує дані в бракеражний журнал і дає письмовий дозвіл на видачу готових страв у відділення стаціонару. Доправлення виготовленої їжі в щальні-роздавальні відділення стаціонару здійснюють у промаркованому емалевому посуді (I страва, II страва, III страва) якомога швидше. Буфетниця-роздавальниця надягає спецодяг, призначений для роздачі їжі, мие ретельно руки, видає їжу пацієнтам згідно з призначеною їм дієтою.

Палатна медична сестра повинна простежити, щоб перед роздачею їжі у палатах було закінчено виконання запланованих процедур, прибирання палат. Палатні медичні сестри беруть безпосередню участь у годуванні тяжкохворих.

Відпрацьований посуд буфетниця звільняє від залишків їжі, знежирює, дезінфікує, ретельно промиває водою, висушує. За наявності використовує посудомийну машину.

Доправлення і роздавання їжі, прибирання приміщень буфетниця здійснює у призначеному для цього спецодязі.

Згідно з планом санітарно-протиепідемічних заходів буфетниця систематично через певний проміжок часу проходить відповідне обстеження.

Основними принципами є повноцінність, різноманітність, помірність, ритм.

Харчування — життєво важлива потреба організму. Забезпечує людину енергією, матеріалом для побудови клітин. Раціональне харчування сприяє довголіттю і є невід'ємною ланкою профілактики багатьох захворювань. Важливий елемент харчування — режим, під яким розуміють поєднання багатьох чинників раціонального і збалансованого харчування: дотримання дієтичних призначень (столів), проміжки між споживанням їжі; важливе значення мають також об'єм порцій, смакові і фізичні якості їжі (температура, уміст кухонної солі, прянощів). Збудженню апетиту сприяють деякі умовні рефлекси, пов'язані не лише із часом споживання, а й із запахом їжі, її зовнішнім виглядом, сервіруванням, а також створенням спокійної обстановки під час їди. Негативні емоції та різні подразники больового характеру можуть позбавити хворого апетиту. Під час роздавання їжі персонал повинен дотримувати чи-

413

стоти рук, одягу. Посуд, столові прибори, підноси, засоби транспортування їжі мають бути бездоганно чистими. Важливим аспектом медичної сестринської діяльності є консультування пацієнтів та їхніх родичів щодо раціонального дієтичного харчування, уживання окремих компонентів їжі.

Раціональне харчування — це правильно організоване своєчасне постачання організму поживною їжею, що містить оптимальну кількість різних харчових речовин, які необхідні для життя, росту і розвитку організму, а отже, для зміцнення здоров'я і підвищення працездатності людини.

Для підтримки здоров'я людини потрібно вживати з їжею основні поживні речовини. Усі потреби людини в харчуванні не можуть бути задоволені продуктами, що належать до однієї групи. Продукти поділяють на п'ять основних груп: злаки, овочі, фрукти, м'ясні та молочні продукти. Продукти із зернових культур є основним джерелом вуглеводів, овочі і фрукти містять воду і є основним джерелом багатьох вітамінів, а молоко і м'ясо — основним джерелом білка і певних жирів. На мал. 87 наведено різні продуктові групи і відмінність у кількості зазначених для кожної групи порцій. У разі дотримання цих норм людина включає

у свою дієту всі основні поживні речовини. Звичайна дієта не містить жодних обмежень щодо уживання тих чи інших продуктів; вона містить збалансовану комбінацію всіх харчових груп.

Потреби людини можуть відрізнятися від тих, що вказані на мал. 87. Це залежить від змінних величин, таких як вік, захворювання, зріст і маса тіла, рівень активності, стать, схильність до алергії і смакові симпатії та антипатії.

Роль рідини в харчуванні. Людський організм втрачає рідину із сечовипусканням, дефекацією, а також під час розмови, дихання, потовиділення, блювання і внаслідок розладу кишок.

Більшість людей мають випивати по 6—8 склянок рідини на день (ураховуючи клімат, перші страви). Однак людині із тяжким захворюванням

414

може бути запропоновано обмежити споживання рідини, тоді як іншій, навпаки, збільшити об'єм пиття.

Харчування, що призначають як лікувальний засіб, називають лікувальним, або дієтичним.

Лікувальне харчування (дієтотерапія) — це харчування, яке задовольняє фізіологічні потреби в харчових речовинах і має терапевтично впливати на перебіг хвороби. Шляхом зміни складу їжі та кулінарного оброблення продуктів можна впливати на функціональний стан організму.

Лікувальне харчування побудоване на трьох основних принципах:

- щадіння — оберігання (фізичне, механічне, хімічне);
- коригування (збалансованість щодо білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей, рідини, енергетичної цінності; режим харчування, оформлення страв, створення спокійного оточення);
- заміщення (до харчового раціону вводять речовини, яких не вистачає організму).

Фізичне оберігання означає насамперед певний температурний режим страв. Температура гарячих страв має становити 55—65 °С, холодних — 10—15 °С. Наприклад, хворим на виразкову хворобу з небезпекою кровотечі призначають холодні та ледве теплі страви. Хворим у період наростання гарячки призначають часте тепле питво. Слід дотримуватись також певного оброблення страв. Наприклад, хворим із захворюваннями травного тракту протипоказані смажені м'ясо, риба; ці продукти їм показані у відвареному вигляді або у вигляді парових котлет.

Механічне оберігання — певне подрібнення страв, тобто певне кулінарне оброблення, що має велике значення для лікування і одужання хворого. Наприклад, для хворого в перші дні після операції (резекції шлунка) обов'язковим є значне механічне подрібнення їжі (слизисті каші, перетерті супи). Не можна давати грубу їжу хворим із виразковою хворобою в стадії загострення, з проносами, запаленням підшлункової залози. А хворим з атонією кишок, холециститом, що виник на ґрунті застою жовчі, слід давати грубішу, багату на клітковину їжу.

Хімічне оберігання. Хімічно щадну дієту призначають насамперед хворим із захворюваннями травного тракту з метою: а) зменшити хімічне подразнення запаленої слизової оболонки шлунка і кишок, а також за наявності ерозій і виразок; б) зменшити або збільшити секреторну функцію травних залоз; в) зменшити або збільшити моторну функцію шлунка або кишок. Наприклад, щоб запобігти хімічному подразненню виразки шлунка, з раціону такого хворого вилучають кислі, гострі страви, прянощі, м'ясні відвари.

Але слід пам'ятати, що тривале оберігання може призвести до негативних наслідків: зниження функцій хворого органа; розвитку авітамінозу; виникнення закрепів тощо. Тому щадну дієту необхідно призначати тільки при гострому захворюванні або в період загострення хронічного. При цьому переходити від щадної дієти до звичайної слід поступово, знімаючи ті чи інші обмеження (наприклад, від дієти 1а до 1б до 1).

415

Принцип коригування базується на збалансованості харчування щодо білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей, рідини. Наприклад, виснажені пацієнти, хворі з анемією, хворі, які одужують після тяжких інфекційних хвороб, потребують більшої кількості білків; хворим на гострий гломерулонефрит, який супроводжується явищами ниркової недостатності, добову кількість білків зменшують до 40 г. Але слід пам'ятати, що якщо хворий протягом тривалого часу одержує менше 1 г білків на 1 кг маси тіла на добу, можуть виникнути явища тяжкого білкового голодування організму.

У хворих із порушенням вуглеводного обміну (наприклад при цукровому діабеті) кількість складних вуглеводів у денному раціоні має бути суворо обмежена, а прості вуглеводи взагалі виключають із харчування.

Хворим із запальними захворюваннями печінки, жовчного міхура і жовчовивідних шляхів обмежують кількість жирів, а частку вуглеводів у денному раціоні, навпаки, збільшують.

Хворим на гострий панкреатит обмежують і білки (тваринного походження, білки молочнокислих продуктів), і жири.

При захворюваннях нирок, серця, гіпертонічній хворобі, набряках обмежують уживання солі та рідини.

Уведення рідини збільшують при отруєннях, зневодненні організму (проноси, нестримне блювання).

Важливе значення має *врахування енергетичної цінності харчового раціону* залежно від таких чинників:

а) виду захворювання. Наприклад, хворому після тяжкого, виснажливого захворювання, у гарячковий період, виснаженому пацієнту треба призначити таку дієту, щоб енергетична цінність її набагато перевищувала енерговитрати хворого. Хворим з ожирінням призначають дієту, енергетична цінність якої є значно меншою, ніж енерговитрати; хворі похилого і старечого віку також потребують меншої енергетичної цінності харчування;

б) загального стану хворого і його фізичної активності. Пацієнти, що перебувають на ліжковому режимі, потребують харчування меншої енергетичної цінності;

в) дотримання певного режиму харчування. Режим харчування включає дотримання певних проміжків між годуванням хворого залежно від захворювання і його загального стану.

Взагалі в стаціонарах прийнято три-чотириразове харчування. Але з цього правила є винятки. Наприклад, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки треба годувати 5—6 разів на день.

В умовах ліжкового або напівліжкового режиму енергетичні потреби становлять приблизно 30—35 ккал/г, із них 60 % припадає на вуглеводи, 15 % — на білки, 25 % — на жири.

Практично на 1 кг маси тіла припадає по 1 г білків і 5—6 г вуглеводів.

Залежно від характеру захворювання співвідношення білків, жирів та вуглеводів і набір харчових продуктів можуть змінюватися. Це стосується кількості рідини (близько 1,5 л) та кухонної солі (10 г). При деяких захворюваннях дієта може бути засобом лікування.

Розрізняють дієти від № 0 до № 15,

416

розроблені в клініці лікувального харчування. Крім того, дієти № 1, 4, 5, 10 мають кілька варіантів.

Загальноприйняте чотириразове харчування передбачає певний розподіл кількості добового раціону: перший сніданок становить 30 %, другий — 10 %, обід — 40 %, вечеря — 20 % добового раціону. Таким чином, проміжок між споживанням їжі при такому режимі — 3—4 год. Годувати хворого треба в один і той самий час, щоб створювався умовний рефлекс і відповідно з цим поліпшувались апетит, перетравлювання їжі, засвоєння поживних речовин. Слід пам'ятати, що безладне харчування протягом доби, особливо з одномо-ментним перевантаженням шлунка у післяобідні та вечірні години, знижує засвоюваність їжі,

призводить до захворювань травного тракту (жовчнокам'яної хвороби, панкреатиту, виразкової хвороби);

г) естетичного оформлення страв, створення спокійного оточення під час годування хворого.

Принцип заміщення — це коли хворому в разі потреби вводять ті речовини, яких не вистачає в організмі, що стало причиною виникнення захворювання. Сюди належать продукти, багаті на вітаміни, які призначають при авітамінозі, харчові білки, які призначають пацієнтам, причиною хвороби яких стало тривале "лікувальне" голодування.

Варто знати, що на другу половину дня не має припадати понад 30 % загальної енергетичної цінності добового раціону. Між окремим споживанням їжі перерва не має перевищувати 4 год, а між останнім вечірнім і першим ранковим — 10—11 год.

Години споживання

їжі:

9-10 - сніданок

13-14 — обід

18-19 — вечеря

21:30 - кефір

Основні принципи визначення кількості споживаної їжі виражені у відсотковому співвідношенні (на тарілці чотири види страв): Пацієнт ледь доторкнувся до їжі — 0 %
Повністю вжито одну страву — 25 %
Ужито половину, чи повністю дві страви — 50%
Ужито повністю три страви — 75 %
Ужито всю їжу — 100 %

Столи лікувального харчування

Дієта № 1а (табл. 22)

Показання: загострення виразкової хвороби протягом перших 8—10 днів лікування, при шлунково-кишкової кровотечі. Загострення гастриту з підвищеною секрецією. Опіки стравоходу.

417

Мета: максимальне щадіння шлунка шляхом усунення хімічних, механічних і термічних подразників (зниження рефлекторної збудливості шлунка, зменшення подразнення ураженого органа, відновлення слизової оболонки шляхом максимального щадіння функції шлунка).

Загальна характеристика: дієта з фізіологічним вмістом білків і жирів, обмеженням вуглеводів, різким обмеженням хімічних і механічних подразників слизової оболонки і рецепторного апарату травного тракту.

Кулінарне оброблення. Усі продукти відварюють, протирають чи готують на пару. Страви мають бути рідкої чи кашкоподібної консистенції.

Характеристика: виключають речовини, що збуджують секрецію шлункового соку; їжу подають у рідкому та напіврідкому вигляді. Енергетична цінність обмежена головним чином за рахунок вуглеводів. Уживання кухонної солі обмежують.

Склад: білки — 80 г (тваринних не менше ніж 50 г), жири — 80—90 г (з них 15—20 г рослинних), вуглеводи — 200 г; енергетична цінність — 2000 ккал.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

Режим: споживання їжі кожні 2—3 год невеликими порціями, на ніч — молоко або вершки.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби виключаються.

Супи. Слизові з круп (вівсяної, манної, рисової) з додаванням яєчно-молочної суміші, вершків, вершкового масла.

Страви із м'яса і риби. Парові суфле (1 раз на добу) із нежирних сортів м'яса, птиці, риби без сухожилків, фасцій і шкіри.

Страви і гарніри з овочів виключаються.

Страви і гарніри з круп. Рідкі протерті каші (з будь-якої крупи, крім пшоняної) 1 раз на день із додаванням молока чи вершків.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко цільне, вершки, сирне парове суфле.

Страви з яєць. Яйця мішечком, парові омлети (не більше 3 яєць на день).

Жири. Масло вершкове додавати в готові страви.

Фрукти, ягоди, солодощі.

Киселі і желе із солодких сортів ягід і фруктів, цукор, мед, солодкі ягідні і фруктові соки навпіл із водою.

Соуси і прянощі виключаються. Закуси виключаються.

Напої. Відвар шипшини і пшеничних висівків.

Як правило, у хворих, які дотримують цієї дієти, зникають чи зменшуються біль і диспепсія (печія, відрижка, нудота, блювання).

418

Таблиця 22. Зразок меню дієти № 1а (енергетична цінність — 1796)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Яйця мішечком (2 шт.) Молоко (1 склянка)	96 200	Вечеря Яйця мішечком (1 шт.) Каша манна молочна	48 300
2-й сніданок Кисіль фруктовий Молоко (1 склянка)	180 200	На ніч Молоко (1 склянка)	200
Обід Суп слизивий рисовий молочний М'ясне суфле парове Желе лимонне	400 ПО 125	На весь день	
Підвечірок Відвар шипшини (1 склянка) Молоко (1 склянка)	180 200	Цукор	25

Дієта № 16 (табл. 23)

Показання: такі ж самі, як для дієти № 1а. Призначають на наступних етапах лікування в разі тривалого постільного режиму терміном на 10 днів.

Загальна характеристика: дієта з фізіологічним вмістом білків, жирів і обмеженням вуглеводів. Значно обмежено хімічні і механічні подразнення слизової оболонки і рецепторного апарату травного тракту. Додано сухарі з білого хліба, сухий бісквіт, сир у протертому вигляді, м'ясні та рибні парові страви.

Кулінарне оброблення. Усі страви готують у протертому вигляді, відварюють у воді чи на пару. Консистенція страв рідка чи кашкоподібна.

Склад: білки — 90 г, жири — 90 г (із них 25 г рослинних), вуглеводи 300 г. Вільна рідина — 1,5 л, кухонна сіль — 6—8 г. Маса раціону — 2,5—3 кг. Енергетична цінність — 2600 ккал.

Режим харчування — дробний, 5—6 разів на день.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

До продуктів і страв, включених у максимально щадну дієту № 1а, додають 75—100 г сухарів із білого хліба вищого гатунку, м'ясо і рибу у вигляді котлет, кнелей, фрикадельок. Частіше додають протерті молочні каші. Супи не слизиві, а круп'яні, молочні, протерті.

Після дієти №16 хворого переводять на дієту № 1.

Таблиця 23. Зразок меню дієти № 16 (енергетична цінність — 2390 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
--------------------	----------	--------------------	----------

1-й сніданок Білковий омлет Каша гречана молочна протерта	ПО 200	Вечеря Котлети рибні з олією Кисіль фруктовий	115 180
---	---------------	---	----------------

419

Закінчення табл. 23

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
Молоко (1 склянка)	200		
2-й сніданок Кисіль фруктовий (1 склянка)	180	На ніч Молоко (1 склянка)	200
Обід Суп рисовий молочний протертий М'ясні парові фрикадельки Желе лимонне	400 ПО 125	На весь день Сухарі білі Цукор Масло вершкове	100 25 20
Підвечірок Відвар шипшини (1 склянка) Сухарі (з денної норми хліба)	180 200		

Дієта № 1 (страви у протертому вигляді) при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки (табл. 24)

Показання: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки у стадії згасального загострення, при рубцюванні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, гастриті з підвищеною секрецією в період загострення (у період ремісії призначають на термін від 10 днів до 2—3 міс).

Мета: усунути хімічне та обмежити механічне подразнення. Сприяти процесу рубцювання виразки.

Загальна характеристика: дієта з фізіологічним вмістом білків, жирів і вуглеводів; виключено страви, що стимулюють шлункову секрецію і хімічно подразнюють слизову оболонку травного тракту. Обмежено страви, що містять клітинні оболонки. Підвищено вміст вітамінів А і С.

Таблиця 24. Зразок меню дієти № 1 (енергетична цінність — 2925 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Яйця мішечком (2 шт.) Каша гречана молочна протерта Чай з молоком (1 склянка)	96 200 180	Вечеря Риба відварена Картопляне пюре (гарнір) з олією Чай з молоком (1 склянка)	85 200 180
2-й сніданок Печене яблуко	100	На ніч Молоко (1 склянка)	200
Обід Суп рисовий молочний протертий Фрикадельки парові Картопляне пюре (гарнір) Желе лимонне	400 ПО 200 125	На весь день Хліб білий Цукор Масло вершкове	350 30 20
Підвечірок Відвар шипшини (1 склянка) Сухарі (із денної норми хліба)	180 200		

420

Кулінарне оброблення. Продукти відварюють, протирають і готують на пару.

Склад: білків — 100 г, жирів — 90 г (із них 1/3 рослинних), вуглеводів — 400 г. Вільної рідини — 1,5 л, кухонної солі — 80 г. Маса раціону — 3 кг. Енергетична цінність — 2900 ккал.

Режим харчування — дробний, 5—6 разів на день, перед сном — молоко, вершки або свіжий кефір.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний, випечений напередодні, сухий бісквіт, сухе печиво, 1—2 рази на тиждень обмежена кількість нездобних булочок чи печених пирогів з яблуками, джемом, вареним м'ясом і яйцями.

- Супи. Молочні, круп'яні, протерті; молочні з додаванням протертих овочів (виключається капуста); молочні із подрібненою вермішелью чи домашньою локшиною; протерті овочеві (з моркви, картоплі, буряка), заправлені вершковим маслом чи рафінованою олією.

Страви з м'яса і риби. Нежирні сорти м'яса і риби без сухожилків, фасцій і шкіри (яловичина, курка, кролик, судак, окунь, тріска), переважно рублені, парового приготування чи зварені у воді; ніжні сорти м'яса птиці і риби можна шматком.

Страви і гарніри з круп, макаронних виробів. Молочні протерті каші (крім пшоняної), протерті парові пудинги, відварена вермішель, дрібно нарублені макарони.

Страви і гарніри з овочів. Картопля, морква, буряк, кабачки, гарбуз у вигляді пюре, парових пудингів без скоринки.

Страви з яєць. Яйця мішечком, парові омлети.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко натуральне, вершки, свіжоприготовлений нежирний домашній сир і свіжий сир заводського виготовлення у стравах (суфле, запіканка, ліниві вареники), некисла сметана.

Фрукти, ягоди, солодощі. Фрукти і ягоди солодких сортів достиглі, у вареному, протертому і печеному вигляді. Солодкі ягідні соки (малиновий, полуничний) навпіл з водою. Мед, джеми, варення із солодких сортів ягід і фруктів, пастила, зефір, мармелад без ароматичних есенцій.

Соуси і прянощі. Соус молочний (бешамель), фруктові соуси. Кріп, листки петрушки (у невеликій кількості).

Закуски. Сир негострий.

Жири. Вершкове масло додавати в готові страви (не смажити). Олія в натуральному вигляді (за умови хорошого сприймання).

Напої. Німецький чай з молоком чи вершками. Сирі овочеві (морквяний, буряковий) соки.

Відвар шипшини і пшеничних висівок.

Харчова цінність продуктів і страв, які використовують у дієтотерапії виразкової хвороби

Молоко і молочні продукти належать до слабких стимуляторів шлункової секреції. Жири молока перебувають в емульгованому стані і добре засвоюють-

421

ся організмом. Молочні дієти зневоднюють організм, що зменшує схильність до запальної реакції. Особливо корисним молочним продуктом є сир. При виразковій хворобі варто вживати свіжий некислий сир, що готують шляхом зсідання свіжого молока солями кальцію або 3 % столовим оцтом.

Не менш цінним білковим продуктом є яйця. Жовток яйця містить велику кількість жиру і сприяє виділенню жовчі. При виразковій хворобі, що часто супроводжується застоєм жовчі в жовчному міхурі, уживання яєць справляє жовчогінну дію.

М'ясо містить усі незамінні амінокислоти в потрібних для організму співвідношеннях. При виразковій хворобі вживають м'ясо, позбавлене екстрактивних речовин, тобто виварене. Для цього м'ясо кладуть у холодну воду, а при поступовому підігріванні екстрактивні речовини

виділяються з м'яса в бульйон. Якщо ж м'ясо покласти в киплячу воду, то відділяється значно менше екстрактивних речовин. Екстрактивні речовини подразнюють шлунок, підвищують шлункову секрецію.

Джерелом повноцінного білка в харчуванні пацієнта виразковою хворобою також є риба, переважно річкова нежирних сортів (судак, щука та ін.). Рибу вживають у відвареному вигляді. Риба і рибні страви добре засвоюються організмом, не подразнюють шлунок. На ці продукти виділяється незначна кількість шлункового соку.

Жири займають істотне місце в дієтотерапії виразкової хвороби. Для створення повноцінних раціонів використовують рослинні і тваринні жири.

При виразковій хворобі в дієту включають як складні, так і прості вуглеводи. Основні джерела вуглеводів у харчуванні пацієнтів із виразковою хворобою: хліб, крупи, овочі, фрукти, цукор, мед. На перших етапах лікування обмежують кількість вуглеводів; у міру поліпшення самопочуття споживання вуглеводів розширюється до нормальних фізіологічних потреб.

Зниженню збудливості нервової системи сприяють одноманітне харчування, часте і дробове споживання їжі, поступовість розширення дієти.

Противиразкові дієти впливають не тільки на шлунок, а й на загальний стан організму, на деякі патогенетичні механізми.

Дієти № 1 хворий повинен дотримувати тривалий час і лише з дозволу лікаря поступово переходити до загального харчування. Методика дієтичної терапії залежить від фази, стадії, ускладнень, а також супутніх захворювань. Дієтичну терапію поєднують з іншими методами лікування. Різноманіття клінічних форм перебігу виразкової хвороби вимагає диференційованого проведення комплексної терапії, побудованої на комбінації ряду методів, серед яких провідне місце належить лікувальному харчуванню.

Дієта № 2 (при хронічних запальних захворюваннях шлунка із секреторною недостатністю; табл. 25)

Показання: хронічний гастрит із секреторною недостатністю. Хронічний ентероколіт у стадії загострення. Порушення функції жувального апарату. Період одужання після операцій та після гострої інфекції, а також в інших випадках, коли показане помірне щадіння травного тракту.

422

Мета: сприяти нормалізації секреторної та моторної функцій шлунка і кишок; помірне механічне щадіння травного тракту.

Таблиця 25. Зразок меню дієти № 2 (2824 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Сирне суфле запечене Каша гречана молочна протерта Чай	150 200 180	Вечеря Биточки рибні смажені без панірування Картопляне пюре Каша вівсяна молочна протерта Чай	130 200 200 180
2-й сніданок Печене яблуко	100	На ніч Молоко (1 склянка)	200
Обід Бульйон з ясними пластівцями Котлети м'ясні смажені без панірування Морквяне пюре Желе малинове	400 90 200 125	На весь день Хліб білий Цукор Масло вершкове	350 25 25

Підвечірок Чай Сухарі (з денної норми хліба)	180		
--	-----	--	--

Загальна характеристика: дієта фізіологічно повноцінна, багата на екстрактивні речовини. Чинить стимулювальний вплив на секреторний апарат шлунка, сприяє компенсаторно-приспосувальним реакціям травної системи, знижує можливість виникнення бродильних процесів.

Кулінарне оброблення. Страви з різним ступенем подрібнення і різноманітним тепловим обробленням (відварювання, запікання, обсмажування без панірування).

Склад: білків — 90—100 г, жирів — 90—100 г, вуглеводів — 400—450 г. Рідини — 1,5 л, кухонної солі — до 10—12 г. Маса раціону — 3 кг. Енергетична цінність — 2800—3100 ккал.

Режим харчування — дробний, 4—5 разів на день.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

Дієту можна призначати на тривалий час.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний білий і сірий, випечений напередодні, нездобні сорти хлібобулочних виробів і печива.

Супи. На знежиреному м'ясному чи рибному бульйоні, на овочевих відварах із протертими овочами і крупами.

Страви з м'яса і риби. Котлети з нежирної яловичини, телятини, птиці, рибні рублені котлети (перед обсмажуванням не обкачують у сухарях, щоб не утворювалася груба скоринка). Риба, курка у відвареному вигляді.

423

Страви і гарніри з овочів. Пюре з різних овочів, пудинги, овочеві котлети, запечені й обсмажені таким чином, щоб не утворювалася скоринка (не обкачані в борошні, сухарях), капуста цвітна відварена з маслом, кабачки і гарбуз тушковані, салат із помідорів.

Подрібнену ранню зелень можна додавати до різних страв.

Страви і гарніри з круп і макаронних виробів. Каші, пудинги запечені, котлети з круп, обсмажені таким чином, щоб не утворювалася груба скоринка; макарони дрібнорублені відварені, відварена вермішель.

Фрукти, ягоди, солодкі страви. Пюре, киселі, желе, муси із солодких сортів фруктів і ягід. Цукор, мед.

Молоко і молочні продукти. Молоко з чаєм та іншими напоями в складі різних страв, сир, кисле молоко, кефір, ацидофільне молоко.

Страви з яєць. Яйця мішечком, омлет.

Напої. Чай з молоком, какао і кава на воді і з молоком. Відвар шипшини і пшеничних висівок, фруктові і ягідні соки (розведені).

Закуски. Сир негострий (натертій), вимочений оселедець, ковбаса варена, нежирна шинка. Жири. Олія маслинова.

Соуси. М'ясні, рибні, сметанні.

Заборонено: вироби зі здобного тіста, смажені м'ясо і риба, обкачані в сухарях, м'ясні, грибні й інші закусочні консерви, сирі овочі і фрукти, бобові, молоко в натуральному вигляді, чорний хліб, газовані напої, сало, гуска, качка, соління, копченості, маринади, дуже гарячі і холодні страви.

Дієта № 3 (табл. 26)

Показання: хронічні захворювання кишок із переважанням синдрому дис-кінезії (закрепів) у період нерізкого загострення і ремісії, а також у разі поєднання цих захворювань із виразкою шлунка, захворюваннями печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози.

Мета: забезпечити повноцінне харчування і зберегти компенсаційні механізми при хронічних захворюваннях кишок із переважанням синдрому дис-кінезії закрепів, а також у

разі залучення до патологічного процесу шлунка, печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози. Сприяти максимальному відновленню порушених функцій кишок та інших органів травлення. Стимулювати процеси регенерації, сприяти усуненню порушень обміну речовин і зменшенню дистрофічних процесів в органах, що виникають у хворих при порушеннях травлення в тонкій кишці.

Загальна характеристика: дієта фізіологічно повноцінна, з нормальним вмістом білків, жирів, вуглеводів, кухонної солі, мінеральних речовин та інших інгредієнтів їжі, з підвищеним вмістом механічних і хімічних стимуляторів моторної функції кишок, із виключенням продуктів і страв, що посилюють процеси бродіння і гниття в кишках, і сильних стимуляторів

424

жовчовиділення, секретії шлунка і підшлункової залози, речовин, що негативно впливають на функціональний стан печінки й органів жовчовиділення (продуктів, багатих на ефірні олії, холестерин, продуктів розщеплення жиру, що утворюються при смаженні).

Таблиця 26. Зразок меню дієти № 3 (енергетична цінність — 2917 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет паровий Каша гречана розсипчаста Чай	130 90 180	Вечеря Рулет м'ясний запечений, фарширований яечним омлетом Морква тушкована Чай	130 200 200
2-й сніданок Яблука свіжі	100	На ніч Кефір	180
Обід Суп картопляний на м'ясному бульйоні М'ясо відварене Буряк тушкований із олією Компот яблучний	400 55 150 180	На весь день Хліб із висівками Хліб білий Цукор	300 100 60
Підвечірок Чорнослив розмочений	40		

Кулінарне оброблення. їжа подається в непом'якшеному вигляді, приготовлена на пару, відварена у воді, овочі і фрукти — у сирому і вареному вигляді. Використовуються такі сорти ягід, фруктів і овочів, що стимулюють евакуа-торну функцію кишок, не спричиняючи при цьому посилення процесів бродіння і не подразнюючи слизову оболонку кишок.

Склад: білків — 100—120 г, жирів — 100—110 г, вуглеводів — 100—450 г. Вільної рідини — 1,5 л, кухонної солі — 8—10 г. Маса раціону — 3 кг. Енергетична цінність — 2900—3300 ккал.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — індивідуально нижча ніж 15 °С (за хорошої переносності допускаються холодні перші і солодкі страви).

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний з борошна грубого помелу чи з додаванням пшеничних висівок, випечений напередодні (300—350 г). У разі нормального засвоєння дозволено чорний хліб — столовий, орловський, житній. Печиво нездобних сортів, сухий бісквіт, сухарі вершкові, ванільні, пироги нездобні з м'ясом, яблуками й іншими фруктами і ягодами, варенням і повидлом із солодких сортів ягід і фруктів (в обмеженій кількості).

Супи. На німціному знежиреному м'ясному чи рибному бульйоні, на овочевому відварі: борщ, зі збірних овочів, з перловою крупною, цвітною капустою, фруктові.

425

Страви з м'яса і птиці. М'ясо нежирних сортів — яловичина, телятина, курка, індичка, кролик (варені, запечені, переважно шматком, іноді рублені).

Страви з риби. Риба нежирних сортів (судак, лящ, навага, тріска, короп, щука, хек та ін.) у відвареному вигляді, заливна, шматком, іноді в рубленому вигляді. Оселедець вимочений в обмеженій кількості.

Страви і гарніри з овочів. Різноманітні овочі в сирому і вареному вигляді, у вигляді салатів, овочевих запіканок. Особливо рекомендуються буряк, морква, помідори, листя салату, кабачки, гарбуз, цвітна капуста. Капуста білокачанна, зелений горошок, стручкова квасоля дозволено вживати у вареному вигляді при хорошій переносимості. Виключаються овочі, багаті на ефірні олії, — ріпа, редька, цибуля, часник, редис, а також гриби.

Страви і гарніри з круп, бобових, макаронних виробів. Вживаються в обмеженій кількості переважно у вигляді розсипчастих каш і запіканок із гречаної і пшеничної крупи (полтавської, "Артек"), зварених на воді з додаванням молока.

Страви з яєць. Яйця мішечком чи у вигляді парових омлетів не більше 2 шт. на день (при хорошій переносимості). Страви з яєчних білків (омлети, меренги, сніжки). Яйця цільні — не більше 1/2—1 шт. на день, у стравах — за кулінарними рецептами.

Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Свіжі, достиглі, солодкі фрукти і ягоди в сирому вигляді і в стравах у підвищеній кількості, а також у вигляді соків. Сушені фрукти і ягоди в розмоченому вигляді і в різних стравах. Особливо рекомендуються чорнослив, курага, урюк, інжир. Мармелад, пастила, зефір, ірис, молочні і вершкові карамелі, варення, джеми, повидло із солодких сортів ягід і фруктів. Цукор, мед.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко у стравах і до чаю. Ацидофілія, кефір, ряжанка, кисле молоко й інші кисломолочні напої, сир свіжий некислий у натуральному вигляді, у вигляді запечених пудингів, ватрушок, лінивих вареників. Вершки 10 % у стравах, з чаєм і в натуральному вигляді, при хорошій переносимості — до 1—2 склянок на день. Сир негострий. Сметана некисла в невеликій кількості як приправа до страв.

Соуси і прянощі. Зелень петрушки, кропу, кіндзи, селери, лавровий лист (у невеликій кількості), кориця, гвоздика. Фруктові соуси, білий соус із додаванням невеликої кількості сметани.

Закуси. Сир негострий, ікра чорна, шинка без сала, телятина, курка, риба заливна, оселедець вимочений, овочеві і фруктові салати.

Напої. Чай, відвар шипшини, кава сурогатна (німецька), соки фруктові солодкі (рекомендуються сливовий, абрикосовий), овочеві (томатний, морквяний та ін.).

Жири. Масло вершкове, олія маслинова (не для смаження, додавати в готові страви і вживати в натуральному вигляді). Соняшникова й іншого Гатунку рослинна олія допускається при хорошій переносимості. Виключаються тугоплавкі жири тваринного походження: свиняче, яловиче, бараняче сало, комбіжир.

426

Дієта № 4 (табл. 27)

Показання: гострі і хронічні захворювання кишок у період профузних проносів і різко вираженої диспепсії.

Мета: забезпечити харчування хворого в умовах різко вираженого запального процесу травного тракту і порушеного зв'язку з цим травлення, сприяти зменшенню запального процесу і нормалізації функціонального стану кишок, а також тих органів, що найчастіше залучаються до патологічного процесу при захворюванні кишок (шлунок, печінка і жовчовивідні шляхи, підшлункова залоза).

Таблиця 27. Зразок меню дієти № 4 (енергетична цінність — 2163 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок		Вечеря	
Котлети рибні парові (із тріски)	130	Омлет паровий	130

Каша рисова протерта на воді	280	Каша манна на м'ясному бульйоні	300
Чай	200		
2-й сніданок		На ніч	
Сир кальцинований	100	Кисіль із сушеної чорниці	180
Обід		На весь день	
Пюре з м'яса	400	Цукор	40
Фрикадельки м'ясні без гарніру	ПО	Масло вершкове	10
Відвар шипшини	200		
Підвечірок			
Сухарі з білого хліба з цукром від денної норми			
Відвар шипшини	200		

Загальна характеристика: дієта з обмеженням жирів і вуглеводів до нижньої межі фізіологічної норми і нормальним вмістом білка, гіпохлоридна, з різким обмеженням механічного і хімічного подразнення слизової оболонки і рецепторного апарату травного тракту, з виключенням продуктів і страв, що посилюють процеси бродіння і гниття в кишках, а також сильних стимуляторів жовчовиділення, секреції шлунка і підшлункової залози, речовин, що подразнюють печінку.

Кулінарне оброблення. Усі страви — у вареному вигляді чи на пару, протерті.

Склад. Білків — 90—100 г, жирів — 70 г, вуглеводів — 250 г. Вільної рідини — 1,5—2 л, кухонної солі — 6—8 г, вітаміну С — 100 мг. Маса раціону — 3 кг. Енергетична цінність — близько 2000 ккал. Вітаміни, яких не вистачає в продуктах, поповнюють шляхом приймання вітамінних препаратів.

Режим харчування — дробний, 5—6 разів на день в обмеженій кількості. Вільна рідини — 1,5 л у вигляді гарячого чаю, чорної кави, бульйону, відвару шипшини.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

427

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Сухарі з вищих сортів білого хліба, тонко нарізані і непідсмажені.

Супи. На слабкому знежиреному м'ясному чи рибному бульйоні з додаванням слизових відварів, парових чи зварених у воді м'ясних чи рибних кнелей, фрикаделок, яєчних пластівців, вареного і протертого м'яса (останнє додається в бульйон разом зі слизовим відваром).

Страви з м'яса і риби. Парові чи зварені у воді м'ясні і рибні котлети, кне-лі, фрикадельки, суфле з відвареного м'яса чи риби. М'ясо нежирних сортів чи знежирене без фасцій і сухожилків (яловичина, курка й індичка без шкіри, кролик). М'ясний фарш пропускають 3—4 рази через м'ясорубку з дрібними отворами. Рибу дозволено тільки абсолютно свіжу, нежирних сортів (судак, короп, щука, тріска та ін.).

Страви і гарніри з круп, бобових і макаронних виробів. Протерті каші на воді чи знежиреному м'ясному бульйоні (рисова, вівсяна, гречана, манна); усі бобові і макаронні вироби виключаються.

Страви з яєць. Яйця в обмеженій кількості (не більше 1 шт. на день) і тільки у стравах за кулінарними рецептами. При хорошій переносимості дозволено дієтичні яйця мішечком і у вигляді парових омлетів (не більше 2 яєць на день).

Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Цукор в обмеженій кількості (до 40 г на день), киселі, желе з чорниці, спілих груш та інших ягід і фруктів, багатих на в'язучі речовини.

Молоко, молочні продукти і страви з них: свіжий сир, приготовлений шляхом додавання солей кальцію (кальцію хлоридом, кальцію лактатом) чи слабого розчину столового оцту,

натуральний і протертий, а також у вигляді парового суфле. Усі інші молочні страви виключають.

Соуси і прянощі виключають.

Закуси виключають.

Напої. Чай натуральний, кава чорна, какао на воді, відвари шипшини, чорниці, черемшини. Жири. Масло вершкове в обмеженій кількості (не смажити, додавати в готові страви по 5 г на порцію).

Тривалість дієти — не більше 5—7 днів.

Дієта № 4а

Показання: хронічні ентероколіти з переважанням бродильних процесів у кишках.

Порівняно з дієтою № 4 у ній більшою мірою обмежують вуглеводи до 140 г на добу) і білки (до 120 г), жири — 50 г. Енергетична цінність — 1600 ккал.

Дієта № 46 (табл. 28)

Показання: гострі і хронічні захворювання кишечника в період загострення, а також при сполученні їх з виразкою шлунка, печінки і жовчовивідних шляхів, підшлункової залози.

428

Мета: забезпечити повноцінне харчування в умовах помірно вираженого запального процесу в травному тракті і порушеного в зв'язку з цим травлення, сприяти зменшенню запального процесу і нормалізації функціонального стану кишків, а також тих органів, що найчастіше залучаються до патологічного процесу при захворюванні кишків (шлунок, печінка, жовчовивідні шляхи і підшлункова залоза).

Таблиця 28. Зразок меню дієти № 46 (енергетична цінність — 2860 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет паровий Каша рисова молочна протерта Чай	130 300 200	Вечеря Риба відварена (тріска) Пудинг із гречаної крупи із протертим сиром	85 300
2-й сніданок Яблука печені з цукром	100	На ніч Яблука печені	100
Обід Бульйон із фрикадельками Котлети м'ясні парові з відвареною вермішелью Желе яблучне	400 90/200 125	На весь день Хліб білий Цукор Масло вершкове	300 40 10
Підвечірок Сухарі з цукром Відвар шипшини	25 200		

Загальна характеристика: дієта фізіологічно повноцінна, з нормальним вмістом білків, жирів, вуглеводів і обмеженням кухонної солі до нижньої межі фізіологічної норми (8—10 г), з помірним обмеженням механічних і хімічних подразнень слизової оболонки і рецепторного апарату травного тракту, виключенням продуктів і страв, що посилюють процеси бродіння і гниття в кишках, а також сильних стимуляторів жовчовиділення, секреції шлунка і підшлункової залози, речовин, що подразнюють печінку.

Кулінарне оброблення. Усі страви — у вареному вигляді, на пару, протерті.

Склад: білків — 100—110 г, жирів — 90—100 г, вуглеводів — 400—450 г. Вільної рідини — 1,5 л, кухонної солі — 8—10 г. Маса раціону — близько 3 кг. Енергетична цінність — 2800—3170 ккал.

Режим харчування — бажано дробний, 5—6 разів на день.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний, випечений напередодні, сухий бісквіт, сухе печиво, 1—2 рази на тиждень обмежена кількість гарно ви-

429

печених нездобних булочок чи пирогів з вареним м'ясом і яйцями, яблуками, повидлом, ватрушки із сиром.

Супи. На слабкому знежиреному м'ясному чи рибному бульйоні з добре розвареними різними крупами, вермішелью, фрикадельками, кнелями, про-фітролями, дрібно нашаткованими овочами (картопля, морква, кабачки, гарбуз, цвітна капуста).

Страви з м'яса і риби. М'ясо нежирних сортів чи знежирене (яловичина, телятина, курка, індичка, кролик) шматком, птиця без шкіри, яловичина рублена, котлети, фрикадельки, кнелі, суфле, рулети (відварені чи парові), нежирна риба (судак, лящ, тріска, окунь, навага, сріблястий хек та ін.) шматком і рублена (відварена чи парова).

Страви і гарніри з овочів. Картопля, кабачки, гарбуз, морква, цвітна капуста, зелений горошок (при хорошій переносимості) у вареному і протертому вигляді, парові овочеві суфле з протертих овочів. Виключають капусту білокачанну, буряк, ріпу, редис, щавель, шпинат, цибулю, часник, гриби. При хорошій переносимості дозволено в невеликій кількості (не більше ніж 100 г на день) достиглі помідори в сирому вигляді.

Страви і гарніри з круп, бобових, макаронних виробів. Різні каші (крім пшоняної і перлової) на воді з додаванням 1/3 молока чи 10 % вершків, парові пудинги з протертих каш, відварена вермішель.

Страви з яєць. Цільні яйця (не більше 0,5—1 шт. на день), у стравах — за кулінарними рецептами, страви з яєчних білків (парові омлети, меренги, сніжки), яйця мішечком (до 2 шт. на день) чи паровий омлет (при хорошій переносимості).

Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Киселі і протерті компоти, желе, муси, суфле із солодких сортів ягід і фруктів (крім динь, абрикосів, слив), печені яблука, груші, мармелад, зефір, пастила, вершкові помадки, варення і джеми із солодких сортів ягід і фруктів. При гарній переносимості невелика кількість (100 г на день) солодких сортів ягід у сирому вигляді (полуниця, суниця, малина); вишневий, полуничний, мандариновий, апельсиновий сік навпіл з гарячою водою.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко прісне тільки у стравах в обмеженій кількості, кисломолочні напої (кефір, ацидофілія, ацидофільне молоко, ряжанка і т. п.) при гарній переносимості, сир негострий, сметана некіслова в обмеженій кількості як приправа до страв, сир свіжоприготовлений натуральний, у вигляді сирної пасти, сирних парових чи запечених пудингів.

Соуси і прянощі. Лавровий лист, кріп, листи петрушки, кориця, гвоздика, соус молочний (бешамель) з додаванням невеликої кількості сметани, фруктові соуси.

Закуски. Заливні риба і телятина, сир негострий, чорна ікра.

Напої. Відвар шипшини, чай натуральний з молоком, 10 % вершками, кава з молоком і чорна (немісна).

430

Жири. Масло вершкове (не смажити, додавати в готові страви і давати в натуральному вигляді з хлібом не більш 5—15 г на 1 прийом в залежності від переносності).

Дієта № 4в (табл. 29)

Показання: гострі захворювання кишечника в період видужання як перехід до загальної дієти, хронічні захворювання кишечника в період ремісії, а також при сполученні цих захворювань з виразкою шлунка, печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози.

Таблиця 29. Зразок меню дієти № 4в (енергетична цінність — 3243 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет паровий Каша вівсяна Чай	130 300 200	Вечеря Рулет м'ясний запечений, фарширований яєчним омлетом Морква тушкована Пудинг рисовий з яблуками	130 200 210
2-й сніданок Яблука свіжі	100	На ніч Кефір	180
Обід Суп картопляний на м'ясному бульйоні М'ясо відварне Каша гречана розсипчаста Компот яблучний	400 55 150 180	На весь день Хліб білий Цукор Масло вершкове	300 40 10
Підвечірок Сухарі з цукром Відвар шипшини	25 200		

Мета: забезпечити повноцінне харчування і збереження компенсації при хронічних захворюваннях кишечника у стадії ремісії, а також при залученні в патологічний процес шлунка, печінки і жовчовивідних шляхів, підшлункової залози. Забезпечити відновлення порушених функцій органів травлення в період видужання при гострих захворюваннях кишечника.

Загальна характеристика: дієта фізіологічно повноцінна, з нормальним вмістом білків, жирів, вуглеводів і обмеженням кухонної солі до нижньої межі фізіологічної норми (8—10 г), з деяким обмеженням механічного і помірним обмеженням хімічного подразнення слизової оболонки і рецепторного апарату травного тракту, виключенням продуктів і страв, що посилюють процес бродіння і гниття в кишках, а також сильних стимуляторів жовчовиділення, секретії шлунка і підшлункової залози, речовин, що подразнюють печінку.

Кулінарне оброблення. Усі страви готують у вареному вигляді чи на пару, а також запікають у духовці; переважно в нездрібненому вигляді.

431

Склад: білків — 100—110 г, жирів — 100—110 г, вуглеводів — 400—450 г. Вільної рідини — 1,5 л, кухонної солі — до 8—10 г. Маса раціону — близько 3 кг. Енергетична цінність — 2900—3200 ккал.

Режим харчування — бажано дробний, 5—6 разів на день, але не рідше 4 разів.

Температура їжі: гарячих страв — 57—62 °С, холодних — не нижча ніж 15 °С.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний, випечений напередодні, сухий бісквіт, сухе печиво, 1—2 рази на тиждень — обмежена кількість гарно випечених, без додавання в тісто масла булочок чи пирогів з варенням, м'ясом і яйцями, яблуками, повидлом і джемом, ватрушки із сиром.

Супи. На знежиреному м'ясному чи рибному бульйоні з різними крупами (крім пшона), вермішелью, овочами (картопля, морква, кабачки, гарбуз, цвітна капуста). При хорошій переносимості дозволено капусту білокачанну, зелений горошок, молоду квасолю, буряк.

Страви з м'яса і риби. М'ясо нежирне чи знежирене (яловичина, телятина, курка, індичка) без сухожилків, птиця без шкіри, шматком, рублене, у відвареному вигляді чи парове, нежирна риба (судак, лящ, тріска, окунь, навага, сріблястий хек та ін.) відварена чи парова, шматком. Страви і гарніри з овочів. Картопля, кабачки, морква, гарбуз, цвітна капуста у відвареному вигляді чи парові непротерті і у вигляді пюре овочеві запіканки. При хорошій переносимості дозволено зелений горошок, капусту білокачанну, молоду квасолю, буряк варений. Виключають ріпу, редьку, редис, щавель, шпинат, цибулю, часник, гриби. У сирому вигляді — достиглі помідори (100—120 г на день), листя салату зі сметаною (при хорошій переносимості).

Страви і гарніри з круп, бобових, макаронних виробів. Різні розсипчасті каші (крім пшоняної і перлової) на воді з додаванням 1/3 молока чи 10 % вершків, парові і запечені пудинги, відварена вермішель, дрібно рублені макарони.

Страви з яєць. Цільні яйця (не більше 0,5—1 шт. на день), у стравах — за кулінарними рецептами, страви з яєчних білків (парові омлети, меренги, сніжки); при хорошій переносимості — цільні яйця мішечком, парові натуральні омлети (до 2 яєць на день).

Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Киселі, компоти, желе, муси, суфле із солодких сортів ягід і фруктів (крім абрикосів, слив, динь), печені яблука і груші, мармелад, зефір, пастила, вершкові помадки, ірис, варення і джеми із солодких сортів ягід і фруктів, у сирому вигляді — солодкі сорти ягід (полуниця, суниця, малина), достиглі м'які сорти яблук і груш без шкірки (100—120 г на день); при хорошій переносимості — мандарини й апельсини достиглі, солодкі кавуни, виноград без шкірки. Фруктові і ягідні

432

соки із солодких сортів ягід і фруктів (яблучний, полуничний, вишневий, мандариновий та ін.).

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко — тільки у стравах, при хорошій переносимості можна вживати і в чистому вигляді; кисломолочні напої (кефір, ацидофілія, ацидофільне молоко, ряжанка і т. п.) — при хорошій переносимості, сир негострий, сир свіжий натуральний, у вигляді сирної пасти, парових і запечених пудингів.

Соуси і прянощі. Лавровий лист, кріп, листки петрушки, кориця, гвоздика, соус молочний (бешамель) з додаванням невеликої кількості сметани, фруктові соуси.

Закуски. Заливні риба, язик, телятина; сир негострий, чорна ікра, варена ковбаса, вимочений оселедець, нежирна шинка.

Напої. Відвар шипшини, чай і кава німецькі без молока чи з молоком, 10 % вершками (при хорошій переносимості).

Жири. Масло вершкове — не смажити, додавати в готові страви і вживати з бутербродами не більше 5—15 г на 1 приймання залежить від переносимості.

Дієта № 5а (табл. 30)

Таблиця 30. Зразок меню дієти № 5а (2605 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет білковий паровий Каша вівсяна молочна Чай з молоком	150 250 200	Вечеря Салат із моркви і яблук Риба відварена (тріска) Пюре картопляне Чай	120 100 150 200
2-й сніданок Яблука	100	На ніч Кефір	200

Обід Суп зі збірних овочів Биточки м'ясні парові, запечені в сметані Морква тушкована Кисіль з виноградного соку	500 ПО ПО 200	На весь день Хліб пшеничний Хліб житній Цукор Масло вершкове	150 150 40 10
Підвечірок Сік фруктовий Сухарі пшеничні (із денної норми хліба)	100 30		

Показання: загострення хвороб печінки і жовчовивідних шляхів та їх поєднання із захворюваннями травного тракту; у період загострення хронічного

433

панкреатиту, при затиханні процесу; на 5—6-й день після операції на жовчовивідних шляхах.

Мета: сприяти відновленню порушеної функції печінки, накопичуванню в ній глікогену, стимулювати жовчовиділення; обмежити механічне подразнення шлунка і кишок.

Характеристика: уміст жирів та білків обмежений, вуглеводи — у межах норми, уміст ліпотропних чинників підвищений. Виключаються екстрактивні речовини та продукти розщеплення жирів, що утворюються при смаженні. Усі страви готують із протертих продуктів у вареному або пареному вигляді.

Склад: білки — 60 г, жири — 60 г, вуглеводи — 400 г, кухонна сіль — 2—4 г; додавати вітаміни А, С, К та групи В; енергетична цінність — 2400 ккал, або 10 048 кДж.

Дієта № 5 — при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів (табл. 31)

Показання: хронічні хвороби печінки та жовчовивідних шляхів (холецистит, гепатит, цироз печінки) поза періодом загострення та за відсутності захворювань шлунка і кишок; хвороба Боткіна в стадії одужання.

Таблиця 31. Зразок меню дієти № 5 (енергетична цінність — 2605 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет білковий паровий Каша вівсяна молочна Чай з молоком	150 250 200	Вечеря Салат з моркви і яблук Риба відварена (тріска) Пюре картопляне Чай	120 100 150 200
2-й сніданок Яблука	100	На ніч Кефір	150
Обід Суп зі збірних овочів Биточки м'ясні парові, запечені в сметані Морква тушкована Кисіль з виноградного соку	500 110 150 250	На весь день Хліб пшеничний Хліб житній Цукор Масло вершкове	150 150 40 10
Підвечірок Сік фруктовий Сухарі пшеничні (з денної норми хліба)	100 30		

Мета: сприяти відновленню функцій печінки: а) накопиченню в ній глікогену; б) нормалізації жирового обміну печінки шляхом обмеження в їжі жирів (головним чином тугоплавких) та споживання речовин, що справляють ліпо-тропну дію; в) зменшенню інтоксикації печінки, регулюючи функцію кишок; стимулювати виділення жовчі, видалити речовини, що подразнюють печінку та призводять до загострення хвороби.

434

Загальна характеристика: дієта низької енергетичної цінності, містить фізіологічну норму білка (1/3 тваринного походження), з різким обмеженням вмісту жирів і вуглеводів, механічно і хімічно щадна. Виключаються продукти, що зумовлюють здуття кишок, що містять грубу клітковину, багаті на екстрактивні речовини, що стимулюють секрецію травних соків, багаті на холестерин. Підвищена кількість ліпотропних факторів та вітамінів. Кулінарне оброблення передбачає утворення азотистих екстрактивних речовин, пуринів і продуктів розщеплення жирів під час смаження (акролеїнів).

Кулінарне оброблення. Страви — у вареному вигляді чи на пару, рідкої чи напіврідкої консистенції.

Склад: білки — 80—100 г, жири — 60—70 г, вуглеводи — 450—500 г, кухонна сіль — 10—12 г; енергетична цінність — 2800—3000 ккал. Додають вітаміни А, С, К, РР та групи В. Пацієнтам із порушенням жирового обміну вуглеводи обмежують.

Режим: дробний, 5—6 разів на день (кожні 2—2,5 год), рясне пиття (до 2 л на день) у теплому вигляді.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хлібобулочні вироби. Сухарі 50 г.

Супи. Слизові з різних круп (вівсяна, рисова, манна, перлова тощо, крім пшона) на воді чи німецькому овочевому відварі, суп-крем з вивареного м'яса.

Страви з м'яса і птиці. М'ясо нежирних сортів (яловичина, курка, індичка, кролик), вільне від сухожилків і жиру, у вигляді суфле, кнелей чи парових котлет.

Страви з риби. Риба нежирних сортів (тріска, судак, сазан, окунь та ін.) у вигляді суфле, кнелей.

Страви з яєць. Яйце мішечком, паровий омлет (не більше 1—2 яєць на день).

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко — тільки у стравах, сир свіжоприготовлений некислий у вигляді пасти, парового пудингу. Жири. Несолоне вершкове масло 5 г — у готових стравах. Страви і гарніри з овочів. Овочі (картопля, морква, кабачки, цвітна капуста) у вигляді пюре, парових пудингів. Страви і гарніри з круп. Несолодкі протерті галушки каші, пудинги, запіканки з рису, подільної крупи, геркулесу, приготовлені на воді. Фрукти. Яблука в запеченому вигляді. Солодкі страви. Протерті компоти із сухих і свіжих фруктів, киселі, желе, мус на ксиліті, сорбіті. Напої. Чай німецький, мінеральна вода, відвар шипшини. Дієту призначають на термін 5—7 днів.

Забороно: м'ясні і рибні бульйони, грибні і міцні овочеві відвари, жирні сорти м'яса і риби (баранина, свинина, гуска, качка, осетрина, севрюга, сом і т. п.), смажені страви й обсмажування, сирі овочі і фрукти, капуста білокачанна, редиска, цибуля, ріпа, щавель, салат, редька, бруква, копченості, консерви, ковбасні вироби здобні і свіжовипечені борошняні і кондитерські вироби, чорний хліб, морозиво, спиртні напої, прянощі і спеції

435

Дієта № 5а

Показання: гострий гепатит, холецистит, холангіти, загострення хронічних захворювань печінки і жовчних шляхів, при їх поєднанні з колітом і гастритом.

Мета: Максимальне щадіння ураженого органу, сприяння відновленню функцій печінки та інших органів травлення.

Загальна характеристика. Механічно та хімічно щадна дієта з нормальним складом білків (80—100 г) та вуглеводів (350—400 г) з деяким обмеженням жирів (70—80 г) та кухонної солі. Енергетична цінність — 2300—2500 ккал.

Виключаються продукти, що містять грубу рослинну клітковину. Усі страви подаються у протертому виді. Стіл № 5а є перехідним після столу № 4.

Дієта № 5щ (щадна)

Показання: стан після видалення жовчного міхура і при запальних процесах травного тракту, печінки.

Мета: Знизити інтенсивність жовчовиділення; максимальне щадіння печінки й інших органів системи травлення.

Виключаються рослинні жири, обмежуються прості вуглеводи.

Склад: білки — 90—100 г, жири (рослинні жири виключаються) — 50—60 г, вуглеводи — 300—350 г; енергетична цінність — 2000—2400 ккал.

Дієта № 5п — при панкреатиті (табл. 32)

Показання: гострий панкреатит.

Мета: усунути больовий синдром, забезпечити максимальний спокій підшлунковій залозі, зменшити рефлекторну збудливість жовчного міхура; щадіння органів травного тракту.

Обмежуються білки, жири, легкозасвоювані вуглеводи. Страви — перетерті варені чи парові.

Склад: білки — 40—80 г, жири — 40—70 г, вуглеводи 200 г; енергетична цінність — 1300—1800 ккал.

Таблиця 32. Зразок меню дієти № 5 п (енергетична цінність — 1711 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Омлет білковий паровий Каша гречана на воді перетерта напівгрузла	ПО 280	Вечеря М'ясне суфле з відварного м'яса Суфле морквяне парове	ПО 200
2-й сніданок		На ніч	
Суфле з кураги Чай	100 200	Відвар шипшини (1 склянка)	200
Обід Суп рисовий слизовий (1/2 порції) Суфле рибне парове	200 120	На весь день Сухарі Цукор	50 15

436

Дієта № 6 — при порушеннях пуринового обміну (табл. 33)

Показання: подагра та сечокислий діатез; еритремія та інші випадки, у яких показане виключення м'ясних і рибних продуктів.

Мета: сприяти нормалізації пуринового обміну, зниженню рівня сечової кислоти в крові і збільшенню її виведення із сечею.

Таблиця 33. Зразок меню дієти № 6 (енергетична цінність — 2884 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Пудинг сирний паровий Салат з буряка і яблук з олією Чай з молоком	140 130/15 200	Вечеря Крупник із гречаної крупи із сиром Суфле морквяно-яблучне запечене	195/20 205/20
2-й сніданок Напій з висівок	100	На ніч Кефір	200
Обід		На весь день	
Борщ вегетаріанський з вершковим маслом	500	Хліб з висівками	200
Зрази картопляні Желе з фруктового соку	215 150	Джем фруктовий Лимон 1/2 шт. Олія	50 30 10
Підвечірок Відвар шипшини (1 склянка) Апельсини чи яблука	200 100		

Характеристика: дієта гіпонатрієва, фізіологічно повноцінна, з нормальним сумарним вмістом білків, жирів і вуглеводів. Виключаються продукти, що містять пурини (сало, печінка, мозок, нирки, шпроти, шоколад, кава, какао, спиртні напої). Обмежується введення

тваринних жирів і білків. Уводять продукти, що містять лужні радикали (овочі, фрукти, ягоди, молоко). Кухонну сіль помірно обмежують.

Склад: білки — 80—100 г, жири — 80 г, вуглеводи — 400 г, кухонна сіль — 6—8 г; енергетична цінність — 2700 ккал. Додавати вітаміни С та вітаміни групи В. Пацієнтам із надмірною масою тіла вуглеводи обмежити.

Кулінарне оброблення. Страви у неподрібненому вигляді, приготовлені на пару чи відварені. Овочі і фрукти — у сирому, вареному і запеченому вигляді. Із раціону виключаються м'ясні і рибні навари й екстракти, супи, жирні сорти м'яса і риби, внутрішні органи тварин і птиці. М'ясні і рибні страви — тільки у відвареному вигляді не частіше 2 разів на тиждень. Загальну кількість рідини збільшують до 2,5 л за відсутності протипоказань з боку серцево-судинної системи.

Режим: споживання їжі 5 разів на день. Рясне пиття (до 2—2,5 л на день) у вигляді чаю, фруктових та ягідних морсів, лужних вод.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний, житній, випечений напередодні, обмежують вироби з листкового і здобного тіста.

437

Супи. Молочні, фруктові, овочеві без гороху, бобів, щавлю.

М'ясо нежирних сортів не більше 1—2 разів на тиждень у відвареному вигляді.

Страви з риби. Риба нежирних сортів (тріска, судак, сазан, окунь та ін.) 1—2 рази на тиждень у відвареному вигляді.

Страви з яєць. Одне яйце на день у будь-якому кулінарному обробленні.

Молоко, молочні напої, сир і страви з нього, сметана, негострий сир.

Жири. Вершкове масло, олія.

Овочі в будь-якому кулінарному обробленні. Обмежують солоні і мариновані овочі.

Страви і гарніри з круп у помірній кількості будь-які.

Фрукти, солодкі страви у будь-якому кулінарному обробленні. Креми, киселі молочні, мармелад, пастила.

Напої. Чай німецький, лужна мінеральна вода, відвар шипшини, сік, морс, квас.

Заборонено: печінку, нирки, мозок, язик, м'ясо молодих тварин, м'ясні копченості, консерви; рибу жирну, солону, копчену; міцні бульйони, жир яловичий, свинячий, кулінарний; бобові, щавель, шпинат, цвітну капусту, малину, інжир; шоколад, какао, міцний чай, каву.

Дієта № 7а

Показання: гострий гломерулонефрит. Призначають після рисово-яблучних, картопляних або цукрових днів. Хронічний нефрит у стадії ниркової недостатності.

Мета: створити умови максимального щадіння нирок. Вплив на набряки та підвищений артеріальний тиск шляхом виключення кухонної солі і обмеженням рідини до 600 г.

Характеристика: різке обмеження білків, жирів та вуглеводів. Безсольова, гіпонатрієва дієта (їжу готують без солі, випікають безсольовий хліб). Уміст натрію в харчових продуктах — 400 мг, що відповідає 1 г кухонної солі. Хворим з недостатністю функції нирок за наявності азотемії за призначенням лікаря додають 1—3 г кухонної солі. Далі дозволено давати стільки рідини, скільки виділено сечі за попередню добу.

Кулінарне оброблення без механічного щадіння. Овочі, фрукти, ягоди — в достатній кількості, частина — у сирому вигляді.

Склад: білки — 20—30 г, жири — 80—100 г, вуглеводи — 400—500 г; енергетична цінність — 2500—2600 ккал. Вітаміни С та групи В — у підвищеній кількості.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб безбілковий з маїсового крохмалю, білий пшеничний, з висівками (ахлоридний).

Супи різні: із саго, овочами, фруктами, вегетаріанські; готуються без солі. Страви з м'яса і страви з риби. Риба нежирна (судак, окунь, щука, навага, плотва) у вареному вигляді з наступним обсмажуванням, шматком чи рублена.

438

Страви і гарніри з овочів і зелені. Картопля, морква, буряк, цвітна капуста, листя салату, помідори, свіжі огірки, петрушка, зелена цибуля відварені, у натуральному вигляді.

Страви і гарніри з круп, бобових, макаронних виробів виключаються чи різко обмежуються. Саго і низькобілкові макарони готують на воді, молоці у вигляді каш, пудингів, запіканок, котлет, плову.

Страви з яєць. Білковий омлет і в стравах (не більше 1 яйця на день). Молоко, молочні продукти і страви з них в обмеженій кількості. Соуси і прянощі. Молочний, томатний, безбілковий, солодкі, кислі овочеві і фруктові підливи з виключенням м'ясних, рибних і грибних відварів.

Напої. Відвар шипшини, чай і кава німецькі, розведені фруктові соки, сирі овочеві соки.

Жири. Будь-які, за винятком тугоплавких (баранячий, свинячий, яловичий). Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Желе, муси, приготовлені на крохмалі, що набухає, цукор, мед, варення, цукерки. Будь-які фрукти, ягоди в сирому і вареному вигляді. Фруктові соки.

Рекомендуються гарбуз, кавун, диня.

Дієта № 76 (малобілкова)

Показання: гострий нефрит, після дієти № 7а, загострення хронічного нефриту з набряками, підвищеним артеріальним тиском, без порушення функції нирок.

Мета: та сама, що й при дієті № 7а.

Характеристика: уміст білків підвищують до 40—50 г, додаючи одну порцію вареного м'яса або риби і 200 г молока або кефіру. Уміст жирів і вуглеводів — у межах фізіологічної норми. Решта набору продуктів та кулінарне оброблення — як і в дієті № 7а. Уміст кухонної солі підвищують до 1,5 г.

Склад: білки — 45—50 г, жири — 100 г, вуглеводи — 400—500 г; енергетична цінність — 3000 ккал. Підвищений уміст вітамінів С та групи В.

Режим: 5—6 разів на день.

Дієта № 7 — при захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів (табл. 34)

Показання: гострий нефрит у період одужання, хронічний нефрит без порушення функції нирок із вираженими змінами в осадку сечі; гіпертонічна хвороба; нефропатія вагітних та інші випадки, коли необхідна безсольова дієта.

Мета: забезпечити повноцінне харчування хворого з одночасним щадінням нирок, зменшити нагромадження азотистих шлаків, вплинути на підвищений артеріальний тиск і набряки.

Характеристика: безсольова дієта з таким самим набором продуктів та кулінарним обробленням, як і дієти № 7а та 76. Кількість білків збільшують за рахунок додавання м'яса або риби у вареному вигляді, сиру.

Склад: білки — 70—80 г, жири — 80—100 г, вуглеводи — 400—500 г, кухонна сіль — до 3 г; енергетична цінність — 2800—3000 ккал. Вітаміни С, Р та групи В у підвищеній кількості. Для пацієнтів з амілоїдозом нирок без порушення функції та для хворих на нефроз призначають дієту № 7 із підвищеним вмістом білків (до 140 г), ліпотропних факторів, поліненасичених кислот і вітамінів.

Режим: 4—5 разів на день.

439

Таблиця 34. Зразок меню дієти № 7 (енергетична цінність — 2470 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Яйця мішечком (2 шт.)	96	Вечеря Биточки морквяно-яблучні запечені	230
Каша гречана розсипчаста з вершковим маслом	90	Плов фруктовий (1/2 порції)	90
Чай з молоком	200	Сік яблучний	200
2-й сніданок Яблука свіжі	100	На ніч Кисіль із чорносливу	200
Обід Борщ вегетаріанський (1/2 порції) М'ясо відварене Картопля смажена Компот зі свіжих фруктів	250 55 125 200	На весь день Хліб із висівками безсольовий Цукор Масло вершкове	250 30 20
Підвечірок Відвар шипшини (1 склянка)	200		

Дієта № 8 — при ожирінні (табл. 35)

Показання: ожиріння за відсутності захворювань органів травлення, печінки та серцево-судинної системи, що потребують спеціальних режимів харчування.

Мета: вплив на обмін речовин для зменшення надмірної маси тіла.

Загальна характеристика: дієта з низькою енергетичною цінністю. Обмеження вуглеводів і жирів тваринного походження. Створення почуття ситості шляхом призначення малокалорійної, але значної за об'ємом (сирі овочі, фрукти, страви з додаванням метилцелюлози та ін.) їжі. Багаторазове харчування (до 6 разів на день), що усуває відчуття голоду, і виключення продуктів, які збуджують апетит (гострі закуски, прянощі). Обмеження" вживання солі до 5 г, рідини — до 1—1,5 л. Використання "зигзагів" у харчуванні (контрастні розвантажувальні дні).

Склад: білки — 100—120 г, жири — 60—70 г, вуглеводи — 180—200 г; енергетична цінність — 1800—2000 ккал. Вітамін С — у підвищеній кількості, інші вітаміни — у межах фізіологічної норми.

Режим харчування — дробний, 5—6 разів на день, часте споживання низькокалорійної їжі в достатній кількості.

Температура їжі — звичайна.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб чорний, білковий 150 г на день.

Супи. На овочевому відварі, 2—3 рази на тиждень — на слабкому бульйоні, не більше 1/2 тарілки.

Страви з м'яса і риби. М'ясо нежирних сортів (яловичина, курка й індичка без шкіри, кролик).

Риба нежирних сортів (судак, короп, щука, тріска та ін.).

440

Для підвищення біологічної цінності дієти в неї включають продукти моря в натуральному і консервованому вигляді.

Страви і гарніри з круп, бобових і макаронних виробів в обмеженій кількості.

Страви з яєць. На день 1 яйце.

Солодкі страви, солодощі забороняються.

Фрукти, ягоди кислі і кисло-солодкі до 200 г на день у сирому вигляді, у вигляді компотів без цукру.

Молоко, молочні продукти і страви з них 100—200 мл на день у знежиреному вигляді.

Соуси і прянощі негострі на овочевому відварі, соуси з корінням.

Закуси. Салати, вінегрети, нежирні м'ясні і рибні.

Напої. До 5 склянок на день.

Жири. Вершкове масло й олія 40 г на день для приготування їжі.

Кухонна сіль для додавання до страви 5 г, їжу готують без солі.

Розвантажувальні дні (1 раз на тиждень):

- м'ясний: 280—350 г відвареного м'яса без солі з овочевим гарніром;
- сирний: 500—600 г сиру з 2—3 склянками чаю чи кави з молоком без цукру;
- яблучний: 1500 г яблук;
- кавуновий: 1,5—2 кг м'якоті кавуна;
- сироватковий чи кефірний: 1,5 л;
- молочний: 5—6 склянок.

Їжу розподіляють рівномірно протягом дня на 5 прийомів.

Таблиця 35. Зразок меню дієти № 8 (енергетична цінність — 1635 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Сир кальцинований Морква тушкована Кава з молоком без цукру	100 200 200	Вечеря Риба відварена (судак) Рагу з овочів	100 125
2-й сніданок Салат зі свіжої капусти без солі зі сметаною	170	На ніч Кефір	180
Обід Борщ вегетаріанський (1/2 порції) М'ясо відварене Горошок зелений без масла Яблука свіжі	200 90 50 100	На весь день Хліб житній	150
Підвечірок Сир кальцинований Відвар шипшини (1 склянка)	100 180		

441

Заборонено: цукерки, шоколад, кондитерські вироби, здобу, морозиво, гострі, пряні, копчені, солоні закуски і страви, перець, хрін, спиртні напої.

Дієта № 9 — при цукровому діабеті (табл. 36)

Показання: цукровий діабет за відсутності ацидозу та супутніх захворювань внутрішніх органів (як пробна дієта, за винятком перед- і посткоматозних станів).

Мета: створити умови для підтримання позитивного вуглеводного балансу, запобігти порушенням жирового обміну.

Таблиця 36. Зразок меню дієти № 9 (енергетична цінність — 2536 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Гречана каша розсипчаста з олією Сир нежирений із молоком Чай	150 150 200	Вечеря Тефтельки м'ясні парові Морква тушкована Шніцель капустяний	ПО 150 200
2-й сніданок Дріжджовий напій без цукру	200	На ніч Кефір	180

Обід Борщ вегетаріанський зі сметаною (1/2 порції) М'ясо відварене Картопля відварена Желе лимонне	250 75 100 100	На весь день Хліб житній Хліб пшеничний	150 100
Підвечірок Яблуко	100		

Характеристика: обмеження вуглеводів, меншою мірою — жирів, підвищений уміст білків. Виключити легкозасвоєвані вуглеводи. Застосовувати ліпо-тропні речовини. У раціоні має бути багато овочів. Обмежують сіль і продукти, багаті на холестерин.

Кулінарне оброблення — звичайне.

Склад: білки — 100 г, жири — 70—80 г, вуглеводи — 300 г. Вільної рідини — до 1,5—2 л, кухонної солі — 12 г. Маса раціону — до 3 кг. Енергетична цінність — близько 2300 ккал.

Температура їжі — звичайна.

Режим — 5—6 разів на день. Вуглеводи розподіляють на весь день. Через 30 хв після ін'єкції інсуліну хворий мусить спожити їжу, що містить вуглеводи. Пацієнтам, хворим на цукровий діабет, поєднаний із захворюванням інших органів, призначають комбіновану діету (№ 9/5 або № 9/7 та ін.). Діету № 9/5 призначають при атеросклерозі та гіпертонічній хворобі.

442

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб переважно чорний, 200—300 г.

Супи. Переважно на овочевому відварі, на слабкому м'ясному чи рибному бульйоні з овочами 1—2 рази на тиждень.

Страви з м'яса і риби. Яловичина, телятина, курка, індичка у відвареному вигляді. Страви і гарніри з овочів і листяної зелені. Капуста білокачанна, цвітна, салат, редис, огірки, помідори, кабачки. Картопля, буряк, морква — не більше 200 г на день. На добу рекомендується 800—900 г овочів у сирому, вареному і печеному вигляді.

Страви і гарніри з круп, бобових, макаронних виробів уживати в обмеженій кількості. Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко цільне, вершки, сирне парове суфле, кефір, кисле молоко, сир у натуральному вигляді чи у вигляді пудингів, сирників. Сир, сметана, вершки в обмеженій кількості,

Страви з яєць. Яйця мішечком — не більше 2 шт. на день, у вигляді омлетів, а також для додавання в інші страви, парові омлети (не більше 3 яєць на день).

Жири. Масло вершкове додавати в готові страви.

Фрукти, ягоди, солодощі. Кислі й кисло-солодкі сорти фруктів і ягід до 200 г на день свіжими у вигляді компотів на ксиліті.

Соуси і прянощі. Негострі соуси на овочевому відварі, молочні.

Закуски. Салати, вінегрети, заливна риба.

Напої. Чай, кава німецька, томатний сік, соки з кислих сортів ягід і фруктів.

Жири. Вершкове масло й олія у натуральному вигляді і для приготування їжі.

Для заміни в діеті одних продуктів іншими, адекватними за кількістю, користуються хлібними одиницями. Хлібна одиниця (20 г білого хліба чи 12 г вуглеводів) еквівалентна за вмістом вуглеводів і може бути замінена 25 г чорного хліба, 15 г гречаної, вівсяної, рисової крупи, 60—70 г картоплі, 150—220 г апельсинів, мандаринів, 150 г полуниці, 150—170 г моркви, 375 г помідорів.

Діету № 9 можна призначати на тривалий термін.

Діета № 10 — при захворюваннях серцево-судинної системи (табл. 37)

Показання: захворювання серцево-судинної системи: а) ревматичні вади серця в період компенсації або з недостатністю кровообігу I ступеня; б) гіпертонічна хвороба I—II стадії; в)

захворювання нервової системи. Хронічний нефрит і пієлонефрит зі змінами в осаді сечі, гострий і хронічний пієліт.

Мета: створити найсприятливіші умови для кровообігу, покращити виведення з організму азотистих сполук, виключити продукти, що подразнюють сечовивідні шляхи та нервову систему.

Загальна характеристика: дієта з обмеженням кухонної солі до 6—8 г (3—4 г міститься в продуктах і 3—4 г дається на руки хворому), вільної рідини до 1,2 л (включаючи супи, киселі і т. п.).

Добовий раціон містить 90 г білків (із них 50 г тваринних), 65—70 г жирів (із них 20 г рослинних), 350—400 г вуглеводів. Маса раціону — 2 кг. Енергетична цінність — 2350—2600 ккал.

443

Таблиця 37. Зразок меню дієти № 10 (енергетична цінність — 2627 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Пудинг сирний Каша манна молочна (1/2 порції) Чай з молоком (1 склянка)	150 150 120	Вечеря Відварена риба з відвареною картоплею Плов фруктовий (1/2 порції) Чай з молоком	85/150 90 200
2-й сніданок Яблука свіжі	100	На ніч Кисле молоко	200
Обід Суп перловий з овочами вегетаріанський (1/2 порції) М'ясо відварене з морквяним пюре Компот з яблук	250 55/150 200	На весь день Хліб білий пшеничний чи з висівками Цукор Масло вершкове	250 50 20
Підвечірок			
Яблуко	100		
Відвар шипшини (1 склянка)	200		

Виключають речовини, що збуджують ЦНС і серцево-судинну систему, тобто всі види спиртних напоїв, міцний чай і натуральна кава, какао, шоколад, м'ясні, рибні і грибні навари, гострі страви, копченості, продукти, багаті на холестерин (мозок, внутрішні органи тварин, тваринний жир, ікра). Обмежують продукти, що спричиняють метеоризм (редька, капуста, часник, цибуля, бобові, газовані напої). Рекомендуються продукти переважно лужних валентностей (молоко і молочні вироби, фрукти, овочі і соки з них) і багаті на ліпотропні речовини (сир, тріска, вівсяна каша та ін.).

Режим: споживання їжі — 5—6 разів на день у помірній кількості, останнє вживання — за 3 год до сну. Пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями вживання рідини обмежують до 1000—1200 мл.

Кулінарне оброблення. Усі страви готують без солі. При слабо виражених набряках хворому дозволяється підсолювати їжу з розрахунку 1 чайна ложка солі (5—6 г) на 1—2 дні. М'ясо і рибу готують на пару чи відварюють у воді. Допускається наступне запікання чи обсмажування. Жирні страви виключають.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб пшеничний з борошна 1-го і 2-го ґатунку, з висівками, випікається без солі, сухарі з білого хліба, печиво нездобне.

Супи. З різних круп, овочів, вегетаріанські, фруктові і молочні від 250 до 500 мл на одне споживання.

Страви з м'яса і риби. Нежирні сорти яловичини, телятини, курка, індичка, кролик, без сухожилків, у відвареному вигляді чи з наступним обсмажу-

444

ванням, запіканням, рублені чи шматком. Риба нежирна (судак, тріска, щука, навага, хек, крижана) у відвареному вигляді з наступним обсмажуванням, шматком чи рублена.

Страви і гарніри з овочів. Овочі у вареному і сирому вигляді. Дозволяються морква, кабачки, гарбуз, буряк, цвітна капуста, картопля, в обмеженій кількості — зелений горошок, білокачанна капуста. У сирому вигляді — стиглі помідори, салат, огірки, терта морква.

Страви і гарніри з круп і макаронних виробів. Різні каші з додаванням молока, запечені пудинги, круп'яні котлети, відварена вермішель. Бобові виключаються.

Страви з яєць. Цільні яйця (не більше 3 шт. на тиждень) для додавання у страви. Страви з яєчних білків: парові і запечені білкові омлети, сніжки, меренги.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Натуральне молоко (при хорошій переносимості), кисломолочні напої (кефір, ацидофілін, ряжанка, кисле молоко), сир у натуральному вигляді й у вигляді страв, сметана і вершки — тільки у стравах, в обмеженій кількості за рахунок добової норми жирів.

Солодкі страви, солодощі, фрукти, ягоди. Киселі, компоти, муси, желе зі свіжих і сухих солодких сортів ягід і фруктів, печені яблука. Мед, цукор, варення, мармелад, зефір, пастила, сухий бісквіт, вершкова карамель (усіх солодощів у перерахунку на цукор не більше 100 г на день). Фруктові, ягідні й овочеві соки, багаті на солі калію.

Закуси. Салати фруктові, із сирих овочів. Сир, оселедець вимочений (1 раз на тиждень).

Соуси і прянощі. Соуси фруктові й овочеві, білий соус без пасерування з додаванням сметани, томатного соку, кріп, листки петрушки, кориця, гвоздика, лавровий лист.

Напої. Чай і кава неміцні, з молоком, відвар шипшини, чорної смородини, соки, морс з урахуванням норми вільної рідини.

Жири. Масло вершкове й олію додавати в готові страви в обмеженій кількості. Бараняче і яловиче сало виключаються.

Дієта № 10 максимально збалансована за всіма компонентами, тому її призначають на тривалий термін у домашніх умовах у процесі диспансерного спостереження.

Дієта № 10а (табл. 38)

Показання: хвороби серця з недостатністю кровообігу II—III ступеня; гіпертонічна хвороба з недостатністю кровообігу або порушенням мозкового кровообігу; інфаркт міокарда в гострій або підгострій стадії.

Мета: створити умови для поліпшення функції серця і зменшення набряків шляхом уживання продуктів, багатих на калій, та різкого обмеження споживання кухонної солі.

Зменшити навантаження на органи травлення.

Характеристика: уміст білків — у межах нижньої межі норми, помірне обмеження жирів та вуглеводів. Усю їжу готувати без солі; безсольовий хліб. Уведення вільної рідини обмежують.

445

Таблиця 38. Зразок меню дієти № 10а (енергетична цінність — 2039 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Каша гречана протерта Молоко (1/2 склянки)	280 100	Вечеря Биточки морквяно-яблучні запечені	230
2-й сніданок Яблука печені з цукром	120	На ніч Відвар шипшини	200

Обід Бефстроганов з відвареного м'яса Картопля відварена Компот яблучний	55/110 150 200	На весь день Хліб пшеничний безсолі Цукор Масло вершкове	150 40 10
Підвечірок Курага розмочена	50		

Кулінарне оброблення: продукти варять або готують на пару, обов'язково протирають.
Склад: білки — 70—80 г (із них 50 г рослинних), жири — 60 г (із них 20 г рослинних), вуглеводи 300 г (із них — 60—80 г цукор та інші солодоші), кухонна сіль у харчових продуктах — не більше як 1,5—1,8 г, калій — 3,3—3,8 г; загальна кількість вільної рідини обмежується до 0,6 л. Маса раціону — близько 2 кг, енергетична цінність — 2000—2100 ккал.

Кулінарне оброблення. Усі страви готують без солі, у відвареному і протертому вигляді, на руки хворому сіль не видають.

Режим — 6 разів на день, дробно.

Температура їжі — не вища 50 °С.

Перелік рекомендованих продуктів і страв

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб безсолі пшеничний з борошна 1-го і 2-го гатунку, з висівками, нездобне печиво, білі сухарі.

Супи, як правило, виключаються. Лише виснаженим хворим за рішенням лікаря можуть призначатися супи молочні, фруктові чи на овочевому відварі з додаванням круп, протерті, не більше 200 мл. Закуски виключаються. В іншому набір продуктів і страв у діеті № 10а той самий, що і в діеті № 10. Діета № 10а на відміну від діети № 10 має меншу енергетичну цінність, у ній більше строго обмежуються сіль і рідина, їжа подається у перетертому вигляді.

Харчові раціони діет № 10 і 10а справляють хорошу діуретичну дію, сприяють нормалізації обмінних процесів, поліпшують функціональний стан серця, печінки, нирок. Спеціальне кулінарне оброблення (надання стравам кислого чи солодкого смаку, додавання деяких ароматичних речовин — ваніліну, лимона, кориці і т. п.) і підбір продуктів, що не потребують великої кількості кухонної солі, дають змогу поліпшити смакові якості страв і полегшити пере-носимість безсолі раціонів.

446

При недостатності кровообігу II—III ступеня курс лікування рекомендується починати з діети № 10а. Надалі у разі зменшення симптомів недостатності кровообігу хворих переводять на більш навантажувальну діету № 10.

Цей перехід краще здійснювати методом "зигзагів", включаючи діету № 10 на 1—2 дні на тлі діети № 10а, а потім поступово збільшуючи тривалість перебування хворого на діеті № 10 і скорочуючи час перебування його на діеті № 10а. Наприкінці лікування основною має бути діета № 10, а діету № 10а призначають періодично на короткий термін (1—3 дні).

Хворі з недостатністю кровообігу II—III ступеня повинні одержувати безсолі діету доти, поки в них не зникнуть периферичні набряки і не зменшаться застійні явища в органах.

Однак і в цей період для запобігання дефіциту хлору необхідно видавати хворим на руки 3—5 г солі 1 раз на 7—10 днів.

Розвантажувальний день визначають індивідуально залежно від переносимості продуктів, смаків хворого, лікувального ефекту, досягнутого в минулому, при призначенні того чи

іншого розвантажувального дня. Контрастні дні можна призначати 1 раз на 10 днів, а в разі потреби при хорошій переносимості — до 2 разів на тиждень.

Розвантажувальні дні сприяють швидкому схудненню внаслідок посилення діурезу і зменшення жирових депо. Крім того, застосування розвантажувальних днів нормалізує кислотно-основну рівновагу і мінеральний обмін, підвищує виділення з організму азотистих шлаків та іонів натрію. Обмежене вживання рідини під час розвантажувальних днів забезпечує механічне розвантаження серцево-судинної системи.

Дієта № 106

Показання: атеросклероз з ураженням серцевих, мозкових судин або судин інших органів; інфаркт міокарда в стадії рубцювання; гіпертонічна хвороба.

Мета: запобігти подальшому розвитку атеросклерозу; сприяти зниженню маси тіла при ожирінні.

Характеристика: зниження енергетичної цінності за рахунок зменшення в раціоні легкозасвоюваних вуглеводів (цукор, вироби з білого борошна), жирів тваринного походження. Виключають продукти, збагачені вітаміном групи В та холестерином. Споживають продукти, що справляють ліпотропну дію, олію з високим вмістом поліненасичених жирних кислот, овочі, фрукти, ягоди, продукти моря, багаті на йод. *Кулінарне оброблення* виключає утворення азотистих екстрактивних речовин і грубу рослинну клітковину.

Склад: білки — 80—100 г, жири — 60—70 г (рослинні — 35 %), вуглеводи — 250—300 г; енергетична цінність — 2000—2200 ккал. Обмежують кухонну сіль, вільну рідину (до 1000—1200 мл).

Режим: споживання їжі — 5—6 разів на день, невеликими порціями, вечеря — за 3 год до сну.

447

Дієта № 11 — при туберкульозі та тяжкій тривалій пневмонії (табл. 39)

Показання: туберкульоз легень у період загострення, затихання або в хронічній стадії за відсутності інших захворювань внутрішніх органів, захворювання легень, період видужання після тривалого і важкого захворювання.

Таблиця 39. Зразок меню дієти № 11 (енергетична цінність — 2935 ккал)

Найменування страв	Вихід, г	Найменування страв	Вихід, г
1-й сніданок Пудинг сирний Каша гречана розсипчаста з вершковим маслом	130 90	Вечеря Відварена риба, запечена з картоплею Морквяне пюре Чай з лимоном	70/180 200 200
2-й сніданок Мус із кураги	125	На ніч Кефір	200
Обід		На весь день	
Бульйон із пельменями Біфштекс смажений з овочами Компот із яблук	500 70/150 200	Хліб пшеничний Хліб з висівками Цукор Масло вершкове	200 150 50 10
Підвечірок Яйце мішечком Відвар шпигу	48 200		

Дієту диференціюють залежно від загального стану хворого і стадії хвороби (розпал хвороби, період видужання). У період загострення у хворих знижується апетит, часто виникають порушення з боку травного тракту.

Мета: підвищити загальне харчування, сприяти відновленню вітамінного балансу, підвищити опірність організму до туберкульозної інфекції. Для зменшення інтоксикації

показане введення достатньої кількості вітамінів (особливо аскорбінової кислоти) і рідини (1500—1700 мл). Позитивний вплив справляє одночасне насичення дієти продуктами, багатими на вітаміни Р (чорноплідна горобина, шипшина, чорна смородина, лимони та ін.).
Загальна характеристика: калорійна дієта з підвищеним вмістом білків і вітамінів, помірним вмістом жирів і вуглеводів.

Склад: білки — 120-140 г, жири - 100—120 г, вуглеводи — 400—500 г. Вміст вітаміну С — до 300 мг. Енергетична цінність — 3000—4000 ккал.

Режим: споживання їжі — 4—5 разів на день, у період загострення — кожні 2-3 год.

Кулінарне оброблення звичайне, прянощі дозволяються, у період загострення процесу страви подають у протертому вигляді.

Перелік рекомендованих продуктів і страв при туберкульозі легень у період загострення процесу, при вираженому розпаді тканин, значних запальних явищах, що перебігають із високою температурою тіла і виснаженням

448

Хліб і хлібобулочні вироби. Хліб білий, сухарі, нездобне печиво, бісквіти.

Супи. Перетерті, на м'ясному бульйоні.

Молоко, молочні продукти і страви з них. Молоко, кисле молоко, кефір, сметана, сир, сир кальцинований, сирна запіканка.

Страви з яєць. Омлети, цільні яйця мішечком.

Страви і гарніри з овочів. Овочі у відвареному і перетертому вигляді (виключається білокачанна капуста).

Страви і гарніри з круп. Каші на молоці (вівсяна, гречана, рисова, манна).

Солодкі страви. Киселі, муси, желе, компоти протерті, фруктові і ягідні соки, відвар шипшини, чорної смородини.

Жири. Масло вершкове та олія.

Дієта № 12

Показання: захворювання нервової системи.

Мета: усунути збудливість нервової системи.

Характеристика: дієта змішана, з обмеженням гострих страв і приправ, а також збудливих речовин (міцний чай, кава, шоколад, спиртні напої). За своїм хімічним складом дієта наближена до дієти № 15. Нині не призначають, тому що залежно від характеру захворювання нервової системи і супутніх порушень інших систем і органів різні варіанти дієт № 5, 10, 15.

Дієта № 13 — при інфекційних захворюваннях

Показання: гострі інфекційні процеси в гострий період (ангіна, грип); стан після операцій на статевих органах (у жінок); після апендектомії та грижороз-тину на 2-у—3-ю добу, на 8—9-у добу — після операцій на шлунку і дванадцятипалій кишці.

Мета: сприяти підтриманню сил хворого в період гарячкового стану або в післяопераційний період; щадіння травного тракту.

Характеристика: різноманітна за набором страв дієта, але з обмеженням овочів, молока у натуральному вигляді, гострих страв, закусок, пряностей; уміст білків — у межах норми, помірне обмеження жирів, вуглеводів. Хворим із гарячкою уводять підвищену кількість рідини у вигляді вітамінізованих напоїв.

Кулінарне оброблення: їжу подають у протертому вигляді з помірним вмістом хімічних подразників.

Склад: білки — 70—80 г, жири — 70 г, вуглеводи — 300 г; енергетична цінність — 2200 ккал, або 9211 кДж. Вітаміни — у підвищеній кількості.

Режим: споживання їжі — не менше як 6 разів на день; дробно. Дієту застосовують протягом не більше ніж 2 тиж.

Дієта № 14

Показання: оксалурія.

Характеристика: дієта з обмеженням вуглеводів, жирів, кухонної солі (5—8 г) і продуктів, збагачених кальцієм і щавлевою кислотою. Питний режим збільшено до 2 л. Дозволяються хліб білий і чорний, страви із круп і тіста, масло вершкове і олія, супи (овочеві, молочні і фруктові), капуста, морква, бобові, ріпа, огірки, салат, абрикоси, персики, виноград. Особливо рекомендуються груші, айва, кизил і соки з них.

449

В обмеженій кількості — молоко, молочні продукти, сметана, сир; м'ясо, риба, птиця — відварені, через день, 150—200 г; яйця і страв з них, масло вершкове, супи м'ясні і рибні, овочі, зелень і фрукти.

Виключають щавель, шпинат, боби, ревіль, інжир, петрушку, сливи, суниці, агрус, чай, какао, каву, шоколад.

Додають вітамін С.

Склад: білки — 100 г, жири — 50 г, вуглеводи — 300 г; енергетична цінність — 3000 ккал.

Дієта № 14а — при фосфатних діатезах

Показання: фосфатурія з лужною реакцією сечі і випадінням осаду фосфорно-калієвих солей.

Мета: сприяти відновленню кислої реакції сечі.

Характеристика: продукти, що сприяють зміні реакції сечі в кислотний бік. Виключають продукти, що справляють підлужену дію та багаті на кальцій (молоко, сир, тверді сири), бобові, міцні м'ясні бульйони, шоколад, каву. Загальна кількість вільної рідини — 1500—2000 мл; забезпечується оптимальне співвідношення солей кальцію і фосфору (1:1).

Кулінарне оброблення — звичайне.

Склад: білки — 100 г, жири — 100 г, вуглеводи — 400 г; енергетична цінність — 2800 ккал.

Режим: споживання їжі — 4—5 разів на день. Тривале обмеження в раціоні кальцієвих сполук чинить негативний вплив на обмін речовин, тому на тлі основної дієти у вигляді зигзагу можна періодично включати в раціон продукти, що містять кальцій (молоко).

Дієта № 15 — при захворюваннях у стадії одужання — реконвалесценції

Показання: перед виписуванням, за умови нормального стану органів травлення.

Мета: забезпечити харчування пацієнта згідно з фізіологічними нормами (раціональна дієта).

Характеристика: уміст білків, жирів і вуглеводів та енергетична цінність відповідають нормам харчування здорової людини, не зайнятої фізичною працею, вітаміни в підвищеній кількості. До раціону входять різноманітні продукти в будь-якому кулінарному обробленні. Виключають важкозасвоювані жирні страви, жирне м'ясо, баранину, свинину, сало, здобне тісто. Прянощі допускають у помірній кількості.

Кулінарне оброблення — звичайне, з раціональним збереженням вітамінів.

Склад: білки — 80—100 г, жири — 80—100 г, вуглеводи — 400—500 г, енергетична цінність — 3000—3100 ккал.

Режим: споживання їжі — 4—5 разів на день.

Складаючи будь-яку дієту, враховують фізіологічні норми харчування і потреби в енергії та основних харчових речовинах для різних груп населення. Ці норми розраховано за фізіологічними показниками — статтю, віком, масою тіла, зростом, фізичним навантаженням.

450

Розвантажувальні дні

Спеціальні раціони часткового голодування, або розвантажувальні дні, призначають при різних захворюваннях, щоб "розвантажити" уражений хворобою орган. Через низьку енергетичну цінність розвантажувальних дієтичних раціонів їх варто призначати за умови дотримання хворими ліжкового режиму.

Контрастні дієти призначають для підвищення діурезу та посилення виведення з організму холестерину й інших продуктів обміну речовин, а також активації обмінних процесів і позитивної дії на реактивність організму.

"Голодні" дні без обмеженого вживання рідини призначають при подагрі, ожирінні, гострих гастритах, інтоксикаціях.

При уремії застосовують "сухе голодування".

Розвантажувальне харчування призначають не довше ніж на 1—3 дні та повторюють кожні 7—10 днів.

Контрастні дієти

Контрастні дні сприяють значному розвантаженню міждобового обміну, виведенню з організму продуктів обміну, надлишків натрію і рідини, позитивно впливають на перебіг захворювання.

Молочний день № 1

Показання: хвороби серцево-судинної системи з явищами недостатності кровообігу. Кожні 2 год 6 разів на день по 100 мл молока або кефіру, кислого молока, ацидофіліну; на ніч — 200 мл фруктового соку, 20 г глюкози або цукру, можна додати 2 рази на день по 25 г підсушеного хліба.

Молочний день № 2

Показання: подагра, ожиріння. Кожні 2—3 год — по 250 мл молока або кислого молока, усього — 1,5 л на 6 приймань.

Сирний день

Показання: ожиріння, хвороби суглобів, атеросклероз; 400—600 г знежиреного сиру, 60 г сметани та 100 мл молока на 4 приймання в натуральному вигляді або у вигляді сирників, пудингів. Два рази — кава з молоком та 1—2 склянки відвару шипшини.

Огірковий день

Показання: ожиріння, подагра, атеросклероз, артрит; 2 кг свіжих огірків на 5—6 приймань.

Салатний день

Показання: гіпертонічна хвороба, атеросклероз, хвороби нирок, оксалат-урія, артрози; 1,2—1,5 кг свіжих овочів і фруктів 4—5 разів на день по 200—250 г у вигляді салатів без солі. До овочів додають трохи сметани або олії, а до фруктів — цукрового сиропу.

Картопляний день

Показання: серцева недостатність, захворювання нирок; 1,5 кг печеної картоплі з невеликою кількістю олії або сметани (без солі) на 5 приймань по 300 г.

451

Кавуновий день

Показання: хвороби печінки, нефрит, гіпертонічна хвороба, атеросклероз; 1,5 кг зрілого кавуна без шкірки розділити на 5 приймань по 300 г.

Яблучний день № 1

Показання: гострий та хронічний коліт з проносом; 1,2—1,5 кг зрілих яблук, сирих та очищених, у протертому вигляді, розділити на 5 приймань по 300 г.

Яблучний день № 2

Показання: ожиріння, нефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет; 2 кг сирих яблук на 5—6 приймань. При захворюваннях печінки додають 150—200 г цукру або сиропу. Можна додати 2 порції рисової каші (кожна з 25 г рису).

Розвантажувальний день з курагою

Показання: гіпертонічна хвороба, набряки, серцева недостатність; 600 г кураги обдати окропом або трохи розпарити і розділити на 5 приймань.

Компотний день

Показання: захворювання нирок і печінки; 1,5 кг яблук, 150 г цукру та 800 мл води. Зварити компот і розділити на 5 приймань протягом дня.

Рисово-компотний день

Показання: хвороби печінки, подагра, оксалатурія; 1,5 л компоту приготувати з 1,2 кг свіжих або 250 г сушених фруктів та ягід, з 50 г рису зварити кашу, додати 100 г цукру; уживати компот 6 разів на день по 1 склянці, солодку рисову кашу — 2 рази.

Цукровий день

Показання: хвороби печінки, нирок, хронічний коліт з проносом, ожиріння; 5 разів по склянці гарячого чаю з 30—40 г цукру в кожній.

М'ясний день

Показання: ожиріння:

а) 270 г вареного м'яса, 10 мл молока, 120 г зеленого горошку, 280 свіжої капусти на весь день;

б) 360 г вареного м'яса на весь день.

Харчування пацієнтів хірургічного профілю залежить від характеру патологічного процесу та методів лікування. Кожний такий хворий потребує індивідуального підходу щодо вибору дієти і методів харчування. Дієту при цьому складають залежно від вихідного стану пацієнта перед операцією, характеру й обсягу оперативного втручання, методів знеболювання і стану пацієнта після операції.

Голод

Показання: гострий панкреатит, перитоніт, стан після великих за обсягом операцій на органах черевної порожнини.

Характеристика: протягом 2—3 діб хворим не дають ані пиття, ані їжі. Дозволено лише змочувати губи і полоскати рот. Хворий повністю перебуває на парентеральному харчуванні, що забезпечує необхідний калораж. Тривалість залежить від перебігу хвороби.

452

Нульова дієта

Показання: за появи перистальтики після операцій на органах черевної порожнини; у день апендектомії.

Характеристика: вода, чай, бульйон нежирний і неміцний курячий, жу-равлиновий морс, відвар шипшини. Загальну кількість уживань зазначених продуктів встановлюють суто індивідуально. Рідину давати в невеликих кількостях протягом доби. Тривалість дієти індивідуальна.

Дієта № 1а

Показання: 1-й день після апендектомії, 3—4—5-й дні після операцій на органах черевної порожнини.

Характеристика: вода, чай, бульйон нежирний і неміцний курячий, жу-равлиновий морс, відвар шипшини, кефір, кисле молоко, рідка 10 % манна каша, фруктовো-ягідне желе. Тривалість дієти індивідуальна.

Дієта № 1б

Показання: 2-й день після апендектомії; 5—6-й дні після операцій на органах черевної порожнини.

Характеристика: чай з лимоном, відвар шипшини, журавлиновий морс, компот із сухофруктів, кисле молоко, відварене протерте м'ясо (яловичина, телятина, кріль, курка), розведене бульйоном. Бульйон нежирний та неміцний з м'яса кроля, курки. Рідка 10 % каша з манної крупи, рису з додаванням під час варіння невеликої кількості молока. Некруто

зварене яйце. Споживати їжу невеликими порціями 5—6 разів на день. Тривалість дієти суто індивідуальна.

Дієта № 1

Показання: 3—4-й день після апендектомії, 5—6—7-й дні після операцій на органах черевної порожнини. Далі хворого переводять на дієту, що відповідає його основному захворюванню.

Характеристика: парові страви з протертого відвареного м'яса кроля, курки; риба; некруто зварене яйце, паровий омлет; нежирний та неміцний бульйон з м'яса курки, кроля; слизовий суп з рису, гречаної крупи на бульйоні; молочна протерта рисова каша, киселі фруктові-ягідні, соки свіжих фруктів та ягід; чай з лимоном, відвар шипшини, кефір, кисле молоко; сир з невеликою кількістю нежирної сметани; сухарі з білого хліба; вершкове масло.

При п'ятиразовому харчуванні вводять другий сніданок, а при шестиразовому — підвечірок. Для забезпечення повноцінного харчування не можна на тривалий час призначати одну дієту. Щоб урізноманітнити раціон, потрібно періодично змінювати харчовий режим, а іноді і допускати деякі відхилення від нього.

Харчування пацієнтів може бути: активним — пацієнт самостійно споживає їжу; пасивним — пацієнт не може самостійно вживати їжу (його годує медична сестра); штучним — пацієнт або не хоче ковтати їжу при психічних захворюваннях, або якщо порушено акт ковтання при захворюваннях нервової системи, опіках, пухлинах стравоходу, шлунка (пацієнта годує медична сестра).

453

Штучне годування

При деяких захворюваннях природне харчування через рот буває неможливим, наприклад після операційних втручань у ротовій порожнині і на стравоході, при травматичному їх походженні, непритомному стані, операціях на шлунку і кишках. Тоді застосовують штучне годування.

Штучне годування — уведення в організм поживних речовин не перорально. При штучному харчуванні добова енергетична цінність їжі становить 2000 ккал, співвідношення білки/жири/вуглеводи — 1:1:4. Воду пацієнт отримує у вигляді водно-сольових розчинів у середньому 2 л за добу. Вітаміни додають до харчової суміші. У таких випадках вдаються до введення поживних речовин парентерально, через зонд, норицю (фістулу), за допомогою клізми.

Види штучного годування

1. Годування через шлунковий зонд, проведений через ніс у шлунок, а за потреби — у дванадцятипалу кишку.
2. Годування через операційну норицю шлунка (гастростому) або тонкої кишки (єюностому).
3. Через пряму кишку (ректально) за допомогою клізми.
4. Парентеральне (внутрішньовенно або підшкірно).

Для годування *через зонд* (див. мал. 89, 90) використовують помірно підігріту рідку "їжу, суміші: 1) готують перед уживанням з рідких компонентів (молока, вершків, сметани, яєць, бульйону, киселю, слизового відвару, фруктових соків) із додаванням цукру, дрібно протертого м'яса, риби; 2) продукти дитячого харчування ("Малютка", "Мальті", "Здоров'є"); 3) різні "Енпі-ти" (білковий, знежирений, безлактозний); 4) гомогенізовано консервовані суміші промислового виробництва з натуральних продуктів (м'ясо-овочеві, м'ясо-круп'яні, молочно-круп'яні, молочно-фруктові); 5) промислові швид-корозчинні суміші, виготовлені на основі білків, жирів і вуглеводів рослинного походження; 6) харчові дієтичні продукти, які складаються із суміші синтетичних амінокислот, простих цукрів, вітамінів, мінеральних речовин з низьким вмістом жирів.

Пам'ятайте! Організм пацієнта має поступово звикнути до споживання їжі через зонд, тому в перший день дають близько 1/2 добової норми енергетичної цінності. У наступні 2—3 доби кількість суміші поступово збільшують, а з 4-ї доби дають харчування в повному об'ємі. Для годування *через операційну норичцю* (див. мал. 91) їжу вводять підігрітою невеликими порціями (150—200 мл) 5—6 разів на добу. Об'єм їжі поступово збільшують до 450—500 мл, а кількість уведень зменшують до 3—4 разів.

Пам'ятайте! Потрібно уважно стежити за тим, щоб у перші дні після операції, коли ще не сформувався канал, трубка не випала. У разі випадіння трубки необхідно негайно повідомити про це лікаря. При годуванні через єюностому

454

використовуйте суміші, які за хімічним складом наближені до хімусу здорової людини. Спочатку в кишку вводять призначений сольовий розчин з додаванням підігрітої глюкози. Через 3—4 дні після адаптації кишок ентеральне харчування доповнюють введенням білкових розчинів (гідролізін). Потім поступово до суміші додають жирові емульсії (інтраліпід, ліпофундин).

Пам'ятайте! Ретельно і систематично слід здійснювати туалет шкіри навколо стоми, змащувати її 70 % розчином етилового спирту, потім накладати цинкову мазь і часто змінювати стерильні пов'язки.

Годування за допомогою *поживної клізми* (див. мал. 92) проводять за неможливості здійснити зондове годування через стравохід. За допомогою клізм в організм вводять обмежену кількість поживних речовин — 5 % розчин глюкози, молоко, вершки, бульйон, ізотонічний розчин натрію хлориду, аміно-пептид, альбумін, казеїн. Найчастіше їх вводять краплинно в кількості 150—200 мл 2—3 рази на добу.

Пам'ятайте! Перед поставленням поживної клізми необхідно спорожнити пряму кишку. Доцільніше ректальне годування пацієнта здійснювати за допомогою системи для введення інфузійних розчинів. Замість голки до канюлі системи приєднайте тонку газовідвідну трубку, яку перед введенням змастіть вазеліном і введіть у пряму кишку на глибину 15—17 см. Швидкість введення — 60—80 крапель за 1 хв. Для швидкого всмоктування необхідно вводити теплий розчин, для чого на трубку нижньої частини системи слід покласти теплу грілку тощо.

Ректальне штучне годування можна застосовувати при різкому зневодненні організму, повній непрохідності стравоходу, але досить обмежено, оскільки в нижньому відділі товстої кишки всмоктуються тільки вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, 5 % розчин глюкози і частково амінокислоти. Отже, ректальне годування може бути тільки додатковим методом введення поживних речовин.

Парентеральне годування (див. мал. 93) є однією з форм лікувального харчування, при якому поживні речовини вводять безпосередньо в кров'яне русло. Розчини вводять у підігрітому до 37—38 °С стані із швидкістю 20—40 крапель за 1 хв. У середньому протягом доби може бути введено до 2 л поживних розчинів.

Показання:

- 1) захворювання органів травної системи, при яких їжа не може надходити пероральним шляхом (пухлини, опіки, стриктури стравоходу й шлунка), або забезпечення спокою цих органів при гострому гастриті, ентероколіті, виразковому коліті, гастральній астенії, гострому панкреатиті, гострому холециститі, спазмі стравоходу, нестримному блюванні, порушенні шлунково-кишкової секреції та всмоктування;
- 2) тяжкі комбіновані травми з ушкодженням внутрішніх органів та кістково-суглобового апарату, опіки;

455

- 3) хірургічні втручання на органах черевної порожнини (виразкова хвороба, пухлини, непрохідність кишок, захворювання жовчовивідних шляхів, проникні поранення черевної порожнини та ін.);
- 4) післяопераційні ускладнення: перитоніт, абсцес черевної порожнини та заочеревинного простору, шлункові і кишкові нориці;
- 5) у реаніматологічній практиці;
- 6) великі за обсягом операції на органах черевної порожнини;
- 7) у нейрохірургічній практиці (оперативні втручання в ділянці головного та спинного мозку, менінгіт, енцефаліт, крововиливи в мозок, що супроводжуються непритомністю);
- 8) у шелепно-лицевій хірургії; оперативні втручання на верхніх дихальних шляхах;
- 9) захворювання, що перебігають із підвищеним розпадом білка (гнійно-септичні процеси в легенях та плевральній порожнині, сепсис, гарячковий стан, ревматизм, неспецифічний хронічний поліартрит, гіпертироз), а також при захворюваннях з порушенням процесів синтезу білка (захворювання печінки);
- 10) інфекційні захворювання: дизентерія, черевний тиф, паратиф, бруцельоз, правець, туберкульоз;
- 11) педіатрії — в абдомінальній хірургії (атрезія стравоходу новонароджених, інвагінація кишок, післяопераційна і спайкова непрохідність та ін.), токсична диспепсія, інфекційні хвороби.

Значення парентерального харчування полягає в задоволенні потреб організму в поживних речовинах не за рахунок розпаду тканин, а шляхом екзогенного введення усіх необхідних поживних компонентів (вода, мінеральні солі, вітаміни, речовини, що містять азот), переважно білків. Воно має бути збалансоване за кількістю і якістю компонентів. Корекція — суто індивідуальна.

Компоненти парентерального харчування.

Основними препаратами парентерального харчування є:

- мінокислотні розчини, гідролізати білка;
- розчини вуглеводів;
- жирові емульсії;
- розчини електролітів;
- вітаміни

Необхідність і особливість уведення в організм сольових розчинів і вітамінів.

Для регуляції електролітного балансу пацієнтам часто вводять парентерально такі розчини солей: ізотонічний розчин натрію хлориду; 4 % розчин калію хлориду; 10 % розчин кальцію хлориду; 25 % розчин магнію сульфату, розчин Рінгера (склад: натрію хлориду — 8 г, калію хлориду — 0,075 г, кальцію хлориду — 0,1 г, натрію гідрокарбонату — 0,2 г, глюкози — 1г, бідистильованої води — до 1000 мл); розчин Рінгера — Локка (склад: натрію хлориду — 8 г, калію хлориду — 0,2 г, натрію гідрокарбонату — 0,2 г, глюкози — 1г, кальцію

456

хлориду — 0,2 г, бідистильованої води — до 1000 мл); розчин ЛППК № 3 (склад: натрію хлориду — 15 г, калію хлориду — 0,2 г, натрію гідрокарбонату — 0,1 г, кальцію хлориду — 0,25 г, бідистильованої води — до 1000 мл); для сольової інфузії ЦОЛППК (склад: натрію хлориду — 8 г, калію хлориду — 0,2 г, кальцію хлориду — 0,25 г, магнію сульфату — 0,05 г, натрію гідрокарбонату — 0,138 г, бідистильованої води — до 1000 мл) та ін.

Використовують також уведення готових кристалоїдних розчинів: "Ди-сіль", "Ацесіль", "Хлосіль", "Лактасіль".

Для регуляції обміну речовин в організмі необхідно вводити такі вітаміни: 6 % розчин тіаміну броміду (вітамін В¹); 0,5 % розчин піридоксину гідрохлориду (вітамін В₆); 0,003 %,

0,001 %, 0,02 %, 0,5 % розчини ціанокобаламіну (вітамін В₁₂); 5 % та 10 % розчин аскорбінової кислоти (вітамін С).

Пам'ятайте! Вітаміни В₂ і В₆ не сумісні, тому їх слід вводити окремо і, як правило, у різні дні. Якщо після приготування лікарського коктейлю розчин у флаконі помутнів, обов'язково повідомте про це лікаря. Приготуйте лікарський коктейль повторно. Якщо в пацієнта виникли нудота, блювання, свербіж, гарячка, припиніть вводити препарат і негайно викличте лікаря, але з вени систему не виймайте, тимчасово переключіть систему на розчин глюкози або ізотонічний розчин натрію хлориду.

Необхідність і особливість введення в організм білкових гідролізатів

Для забезпечення білкової підтримки організму пацієнтам вводять суху або нативну плазму, розчини альбуміну або протеїну, білкові гідролізати (амінон, гідролізін, гідролізат казеїну, амінопептиди). У разі швидкого введення гідролізатів можуть виникнути відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання. Тому доцільніше вводити гідролізати одномоментно з розчином глюкози зі швидкістю 20—30 крапель за 1 хв. Жирові емульсії (ліпофундин, інтраліпід) вводять виснаженим хворим так само, як і білкові гідролізати.

Як джерело азоту для парентерального годування. У нашій країні та за кордоном широко застосовують такі препарати: амінопептид (одержаний шляхом ферментативного гідролізу білків крові великої рогатої худоби); амінокровін (одержаний шляхом кислотного гідролізу білків крові людини з доданням глюкози); фібриносол (одержаний шляхом неповного гідролізу фібрину крові великої рогатої худоби та свиней); аміносол (частковий кислотний гідролізат казеїну — виробництва СІЛА); протеолізит (ферментативний гідролізат казеїну — виробництва Чехії); казедрол (ферментативний гідролізат казеїну — виробництва Японії). За останні роки для азотистого годування створено синтетичні суміші амінокислот, з яких 8 незамінні, та сорбіту; амікін (містить лише вільні амінокислоти, пептиди відсутні).

Пам'ятайте! У разі швидкого введення гідролізатів можуть виникнути відчуття жару, гіперемія обличчя, утруднене дихання. Тому починають вводити білкові гідролізати повільно, з 10—20 крапель за 1 хв протягом 30 хв, а потім

457

дозу підвищують до 25—35 крапель за 1 хв. Білкові гідролізати необхідно вводити в підігрітому стані. Для цього треба покласти грілку з теплою водою на трубку системи і, щоб довше зберегти тепло, накрити грілку ковдрою.

Джерела енергії

Необхідність і особливість парентерального введення в організм розчинів глюкози

У зв'язку з тим що в організмі людини запасів вуглеводів у вигляді глікогену вистачає тільки на добу, а нервові клітини, еритроцити, паренхіма нирок і печінки в нормі не можуть використовувати енергію жирних кислот, то за відсутності природного харчування хворому вже через добу слід вводити парентерально 10 % розчин глюкози з додаванням інсуліну з розрахунку 1 ОД препарату на 5 г сухої речовини глюкози. Найчастіше розчини вводять внутрішньовенно.

Найнадійнішим та найпоширенішим джерелом енергії є глюкоза. Рекомендують вводити 10—20—30 % розчин глюкози.

Більш високі концентрації глюкози мають гіперосмотичні властивості, у зв'язку з чим використовувати їх недоцільно.

Жирові емульсії: інтраліпід (Швеція) та ліпофундин (Німеччина).

Пам'ятайте! Жирові емульсії в перші 10 хв слід вводити зі швидкістю 20 крапель за 1 хв, потім поступово протягом 30 хв дозу збільшують до 50 за 1 хв і з такою швидкістю продовжують вводити препарат.

Не можна додавати до жирової емульсії вітаміни, електроліти та інші ліки.

Для посилення ефективності парентерального годування рекомендують застосовувати анаболічні гормони (феноболін, силаболін, ретаболіл, метандростенолон, метиландростендіол).

Ефективність парентерального годування забезпечують шляхом сумісного введення джерел азоту та енергії внутрішньовенно, повільно, крапельно (40 крапель за 1 хв).

Парентеральне годування здійснюють через паралельно зібрані одноразові системи, з'єднані перед веною трійником. Змішування відбувається безпосередньо перед потраплянням розчинів у вену (мал. 88).

458

Жирову емульсію вводять в інтервалі між вливанням розчинів глюкози з вітамінами та сольовими розчинами. Вітамін В₁ вводять внутрішньом'язово, вітамін В₁₂ та вітамін С — у ємність із глюкозою, підготованою для парентерального годування.

Протипоказання до парентерального харчування: печінкова недостатність, гостра та хронічна недостатність нирок, тромбоемболія, гіпергідратація організму, недостатність кровообігу.

Контроль за санітарним станом тумбочок, холодильників; зберіганням продуктів

Мета: дотримати санітарно-протиепідемічного режиму, профілактика харчових отруєнь.

1. Палатна медична сестра щодня перевіряє санітарний стан тумбочок і їхній вміст: у тумбочках дозволено зберігати мило, зубну пасту, зубну щітку, гребінець, журнали, газети, цукерки, печиво, варення.
2. Фрукти і продукти, які швидко псуються, зберігають у холодильнику.
3. Свіжі молочні продукти зберігають у холодильнику не більше 1 доби, кисломолочні продукти — не більше 2 діб. Не можна зберігати в холодильнику консервовані м'ясні, рибні продукти.
4. Вологе прибирання тумбочок проводять щоденно 0,5 % розчином освітленого хлорного вапна.

Контроль за відвідуванням пацієнтів і передачею продуктів

Мета: контроль за дотриманням пацієнтом призначеної дієти, профілактика внутрішньолікарняних епідемій.

Відвідувачів допускають у відділення до пацієнтів у відведені дні тижня і встановлені години.

Медична сестра зобов'язана стежити, щоб: а) відвідувачі проходили у відділення в халаті та змінному взутті; б) не втомлювали пацієнта тривалими розмовами, не сідали на ліжку, не цілували його, не сповіщали неприємні новини.

Перевіряє передані продукти, що мають відповідати дієті пацієнта.

Перелік практичних навичок

1. Складання порційної вимоги і меню-розкладки.
2. Годування пацієнта в ліжку з ложки та напувальника.
3. Штучне годування через шлунковий зонд.
4. Штучне годування через операційну норицю.
5. Штучне годування за допомогою поживної клізми.
6. Парентеральне годування.

459

Складання порційної вимоги і меню-розкладки

Мета: організація харчування пацієнтів згідно з призначеною дієтою. *Послідовність дій*

1. Кожна палатна медична сестра щодня вранці складає порційну вимогу на всіх пацієнтів, де відзначає: номер палати, прізвище, ім'я, по батькові пацієнтів, номер дієтичного столу, призначеного лікарем.
2. Порційна вимога — у двох екземплярах: один екземпляр палатна медична сестра віддає старшій медичній сестрі, другий — в їдальню для роздавання за ним їжі пацієнтам.
3. Старша медична сестра підсумовує порційну вимогу палатних сестер і складає "Порційник на харчування пацієнтів" за ф. № 1-84.
4. "Порційник" медична сестра передає на харчоблок для приготування за ним відповідної кількості страв за вказаними дієтами.
5. На харчоблоці дієтсестра разом з кухарем, бухгалтером під керівництвом лікаря-дієтолога за участю старшого кухаря складає меню-порційник.

Бланк "Порційник на харчування пацієнтів"

Найменування закладу _____

Порційник на харчування пацієнтів на " ____ " _____

Відомість про наявність пацієнтів за станом на

200_р. годину 200_р.

Номер палати	Кількість пацієнтів	У тому числі за дієтами					
		15	1	7	5	9	10
7	6	1		3		2	
Бокс	2		1		1		

Зав. відділення _____

Старша медична сестра відділення _____

Бланк "Меню-порційник" Меню-порційник на " ____ " _____

200_р.

"Затверджую" Головний лікар

(підпис)

Номер страви	Назва страви	Номер дієти	Кількість порцій	Найменування і кількість продуктів			Маса готової продукції		Прізвище кухаря	Оцінка страви
				рис	масло вершкове	молоко	за нормою	фактично		
112	Каша рисова молочна	4 в, 5,15	20	50 г/ 1 кг	5г/ 0,1 кг	100 г/ 2 кг	200 г			

Дієтсестра Бухгалтер_

(підпис)

460

Годування пацієнта в ліжку з ложки та напувальника

Показання: тяжкий стан, післяопераційний період. *Послідовність дій*

1. Перед подаванням їжі пацієнтам у палаті необхідно закінчити всі лікарські процедури, фізіологічні відправлення, прибирання палат, провітрити приміщення.
2. Вимити руки пацієнтові (або протерти змоченим рушником), груди його покрити рушником.
3. Теплу їжу поставити на тумбочку або приліжковий столик (не можна тарілку з їжею ставити на груди пацієнта).
4. Якщо можливо, надати пацієнтові зручного положення — сидячи або напівсидячи.
5. Якщо положення сидячи неможливе, лівою рукою трохи підняти голову пацієнта разом з подушкою, а правою рукою підносити до рота ложку з їжею або напувальник з рідкою їжею.
6. По закінченні процедури все прибрати, стряхнути крихти з ліжка, пацієнта вкласти в початкове положення.

Штучне годування через шлунковий зонд

Показання:

- а) при порушеннях акту жування і ковтання, при пораненнях і опіках щелепно-лицьового апарату, при захворюваннях ротової порожнини, язика, при великих травматичних ушкодженнях ротової порожнини, глотки, гортані, стравоходу;
- б) при тяжких порушеннях функції центральної нервової системи з тривалим знепритомненням (судинні ураження, пухлини мозку);
- в) при черепно-мозкових травмах та операціях;

461

- г) у разі відмови від їжі при психічних захворюваннях;
- г) для пацієнтів, що перебувають у непритомному стані або комі, а також у різко ослаблених, які нездатні споживати їжу звичайним шляхом.

Підготувати: стерильний тонкий шлунковий зонд без оливи або прозору хлорвінілову трубку діаметром 8—10 мм (зонд має бути розмічений мітками: 30—35 см — до стравоходу, 40—45 см — до шлунка, 50—55 см — до дванадцятипалої кишки); лійку місткістю 200 мл з трубкою, діаметр якої відповідає діаметру зонда, або шприц Жане (див. мал. 89); поживну масу 3—4 склянки в підігрітому вигляді.

Послідовність дій

1. Зонд зазвичай уводить лікар або медична сестра в присутності лікаря. Якщо немає протипоказань, хворий сідає. Змащений гліцерином або рідким вазеліном зонд вводять у найширшу ділянку носового ходу (нижню), додержуючи напрямку, що перпендикулярний до поверхні обличчя. Після проведення 16—17 см голову пацієнта трохи нахилити уперед та продовжувати вводити зонд до потрібної мітки.
2. У випадках непритомності зонд вводити в положенні лежачи, якщо можливо, під контролем пальця (вказівним пальцем намагаються у роті хворого

462

зонд і, дещо притискуючи його до задньої стінки глотки, іншою рукою просувають далі).

3. Після введення зонда необхідно перевірити, чи не потрапив він у трахею. Для цього до зовнішнього кінця зонда піднести пушинку та подивитися, чи не коливається вона при диханні.

4. Приєднати до зонда лійку, налити в неї заготовлену поживну масу і вводити невеликими порціями, не кваплячись (див. мал. 90, а—в).

5. Після годування лійку зняти (зонд залишають на необхідний час, іноді на 2—3 тиж.).

6. Зафіксувати зонд липким пластиром до шкіри щоки (непокоїним або непритомним хворим зонд фіксують до губи або до щоки шовковим швом).

7. Після введення поживної маси, перед зняттям лійки, у зонд влити чисту воду для промивання його від залишків їжі (мал. 90, г).

8. Зовнішній кінець зонда скласти і закріпити на голові пацієнта так, щоб він не заважав.

Штучне годування через операційну норицю

Показання: випадки, коли порушена прохідність стравоходу (опік стравоходу, пухлинний процес, травма). *Послідовність дій* 1. їжу вводити через лійку невеликими порціями (150—200 мл) 5—6 разів

на день. Поступово збільшити кількість їжі до 250—500 мл, при цьому кількість уведень зменшити до 3—4 разів.

2. Потрібно стежити, щоб краї отвору нориці не забруднювалися їжею, після кожного годування здійснювати туалет шкіри навколо нориці, змащувати її пастою Ласса-ра та накладати стерильну пов'язку.
3. За допомогою зонда можна вводити будь-яку їжу в рідкому та напіврідкому стані. Харчові продукти попередньо протерти крізь сито або пропустити через м'ясорубку. До їжі обов'язково додавати вітаміни. Через шлунковий зонд зазвичай уводять суміш із молока, вершків, сирих яєць, міцного бульйону, кави або какао, збитого вершкового масла, додають розчин глюкози, соки зі свіжих фруктів та ягід.

463

При годуванні через норицю вводять подрібнені тверді харчові продукти, розведені рідиною (див. мал. 91).

Штучне годування за допомогою поживної клізми

Показання: уведення поживних речовин у пряму кишку за допомогою клізми застосовують при повній непрохідності стравоходу та повному стенозі вихідного відділу шлунка, коли у пацієнта спостерігають різке зневоднення організму.

Послідовність дій

1. За годину до поживної клізми пряму кишку звільнити від вмісту очищувальною клізмою.
2. Невеликі за об'ємом поживні клізми (100—150 мл) ставлять за допомогою гумової груші. Наконечник клізми ввести на глибину 8—10 см та дуже повільно вводити поживну суміш. Для гальмування перистальтики до поживної суміші додати 5—10 крапель настойки опію. Таку поживну клізму можна повторювати 3—4 рази на день.
3. Краплинний метод застосовують для введення через клізму 500—1000 мл поживної суміші. Поживну суміш налити в кувалку Есмарха або гумову ємність.
4. У гумову трубку вмонтовувати крапельницю і за допомогою затискача Мора відрегулювати потрібну кількість крапель за хвилину (не більше ніж 30—40).
5. Для поживної суміші використовувати 5 % розчин глюкози, ізотонічний розчин натрію хлориду, суміш амінокислот (амінопептид, амінон та ін.; див. мал. 92).
6. Для доброго всмоктування поживна суміш повинна мати температуру 37—40 °С.

Примітка: через можливість подразнення м'яза — замкача (сфінктера) прямої кишки, появи тріщин часте застосування поживних клізм не рекомендоване. Виконання такої процедури потребує ретельного туалету відхідника.

464

Парентеральне годування

Підготувати: систему для краплинного введення рідини, штатив, розчин етилового спирту, ватні кульки, затискачі Мора і Пеана, поживні стерильні розчини (див. теоретичний матеріал; методика поставлення системи — див. "Застосування лікарських засобів").

Примітка: препарати для парентерального введення підігрівають до температури 37—38 °С. Необхідно суворо дотримуватись швидкості введення препаратів: гідролізін, білковий гідролізат казеїну, фібриносол у перші 30 хв уводять зі швидкістю 10—20 крапель за 1 хв, а потім швидкість збільшують до 40—60 за 1 хв. Поліамін у перші 30 хв уводять зі швидкістю 10—20 за 1 хв, а потім 25—35 за 1 хв. Ліпофундин (10 % розчин) уводять у перші 15 хв зі швидкістю 15—20 за 1 хв, а потім поступово (протягом 30 хв) збільшують до 60 за 1 хв. Уведення препарату має тривати приблизно 3—5 год (див. мал. 93). При більш швидкому введенні білкових препаратів у хворого можуть з'явитися озноб, гіперемія обличчя, важке дихання.

цією метою часто використовують гірчичники, банки, компреси, грілки, міхури з льодом.

МЕТОДИ НАЙПРОСТІШОЇ ФІЗИОТЕРАПІЇ. ПРУДОТЕРАПІЯ.

ОКСИГЕНОТЕРАПІЯ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- поняття про найпростішу фізіотерапію, механізм дії;
- види найпростіших фізіопродур і протипоказання до них. Можливі ускладнення;
- цілі і види оксигенотерапії, протипоказання, техніку безпеки під час роботи з медичним киснем;
- поняття гірудотерапії. Протипоказання і ускладнення;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: страх перед поставленням п'явок, ризик переохолодження пацієнта під час водних процедур. Сестринські втручання.

Уміти:

- підготувати лікувальну ванну;
- поставити банки;
- поставити п'явки;
- дати кисень через носовий катетер. **Володіти навичками:**
- застосування гірчичників;
- застосування грілки, міхура з льодом;
- застосування холодного, гарячого, зігрівального місцевого компресів;
- обмивання, розтирання;
- проведення місцевої лікувальної ванни.

Фізіотерапія: механізм дії засобів впливу на кровообіг

Фізіотерапія (від грец. *φύσις* — природа, *θεραπεία* — лікування) — це цілеспрямований вплив на організм людини з лікувальною метою різних природних фізичних чинників: води, тепла, холоду, світла, електрики, електромагнітного поля, ультразвуку та ін.

Фізіотерапевтичні процедури належать до заходів впливу на кровообіг. З

Шкіра виконує найважливіші функції в організмі, тому вона добре забезпечена кровоносними та лімфатичними судинами, нервами, містить багато рецепторів, за допомогою яких через центральну і вегетативну нервову систе-

470

му пов'язана з різними органами і тканинами. Шляхом рефлекторного впливу на кровonosні і лімфатичні судини, периферійну нервову систему ці засоби активують обмінні процеси, підвищують адаптаційні реакції організму, посилюють його імунний захист у боротьбі з недугою. Подразнення кінцевих нервових закінчень (рецепторів), якому сприяє дія цих засобів, через центральну нервову систему безпосередньо досягає патологічного вогнища, зумовлюючи в ньому сприятливі зміни і зрушення.

За умови подразнення нервових рецепторів теплом кровonosні судини розширюються, а в разі короткочасного впливу холодом — звужуються.

Теплові процедури усувають спазм і діють беззаспокійливо. Вплив тепла на м'язи в разі тривалого впливу проявляється розслабленням їхнього тону. Реакція на вплив тепла не поширюється на весь організм, а зосереджується тільки на підлеглих тканинах.

Реакція організму на холод відбувається в три фази:

- у *першій фазі* звужуються кровonosні судини, шкіра блідне, стає холодною на дотик, кров переміщується до внутрішніх органів, зменшується біль;

- *друга фаза* настає за 1 хв або раніше, коли відбувається розширення судин; шкіра стає рожево-червоною і теплою на дотик;
 - якщо дія холоду продовжується, настає *третьа фаза*, коли шкіра стає багряно-червоною, синюшною, холодною і знижується збудливість нервів, з'являється "гусяча" шкіра.
- Реакція на холодові процедури поширюється на всю поверхню тіла. Методи найпростішої фізіотерапії рефлекторно впливають на весь організм, у тому числі — на внутрішні органи. На цьому ґрунтується застосування гірчичників, банок, п'явок, холоду, тепла, світло- і водолікування. Тому ці процедури показані при різних запальних і спазматичних процесах, застійних процесах у венах, випотах різної етіології (табл. 40).

Компреси

Компрес — лікувальна багатошарова пов'язка.

Компреси можуть бути: *сухими й вологими (холодні, гарячі, зігрівальні, лікувальні), загальними і місцевими.*

Холодні компреси спричинюють охолодження шкіри і звуження кровоносних судин; гарячі — інтенсивне місцеве посилення кровообігу, зігрівальні — розширення кровоносних судин, збільшення притоку крові до тканин; лікувальні — специфічний вплив лікувальних препаратів.

Холодний компрес (примочку) застосовують при гострих місцевих запальних процесах, носових та інших кровотечах, геморої, забитих місцях, при серцебитті (на ділянку серця), при лихоманці на голову й психічних порушеннях.

Для поставлення холодного компресу готують оснащення: лоток, воду з льодом, м'яку тканину або марлю (8—9 шарів). Пацієнтові пояснюють суть процедури. Змочують серветку в лотку з водою з льодом, відтискають і прикладають до потрібної ділянки тіла.

471

Зручніше користуватися двома компресами: один накладають хворому, а інший лежить у холодній воді. Іноді до води додають оцет або спирт 1 столову ложку на 200 мл води, фітопрепарати (настої, відвари). Змінюють серветку кожні 2—3 хв. Тривалість процедури — 5—60 хв.

Таблиця 40. Механізми дії засобів впливу на кровообіг

Показання	Місце поставлення	Дія
<i>1. Застосування банок</i>		
Запальні процеси органів грудної клітки (гострий та хронічний бронхіт, пневмонія, крім абсцедивної, плеврит)	Грудна клітка: спина, бічні ділянки, у чоловіків — передня частина грудної клітки праворуч	Відволікальна, протизапальна, розсмоктувальна, загально-стимулювальна
Бронхоспазми різного генезу	Уздовж хребта, відступивши від нього по 2 см з обох боків	Відволікальна — зменшує набряк стінки бронха; рефлекторна — бронхи розширюються
Застійні явища у малому колі кровообігу при хронічній серцевій недостатності, а також при гострих формах серцевої недостатності		Відволікальна — рефлекторно діє на тонус судин малого кола кровообігу
Гіпертонічний криз		Подразнює корінці спинномозкових нервів, зумовлюючи рефлекторне розширення периферійних артеріол та зниження артеріального тиску

Запалення нервових стовбурів	Уздовж нервових стовбурів, відступивши від них на 2 см з кожного боку. При ішіасі — на сідниці, задній поверхні стегна	Відводить кров від судин головного мозку (профілактика порушень мозкового кровообігу). Відволікальна, протизапальна, знеболювальна, загальностимулювальна
Гостре та хронічне запалення м'язів	Уражений м'яз	Відволікальна, протизапальна, знеболювальна, загальностимулювальна
<i>Протипоказання:</i> температура тіла понад 38 °С, різко підвищена чутливість шкіри; зміни шкіри місцевого характеру (гноячкові захворювання, висип, нейродерміт, мокра та суха екзема, садна, опіки, пролежні); пухлини злоякісного і доброякісного походження (незалежно від локалізації пухлини та місця поставлення банок); схильність до кровоточивості (гемофілія, тромбоцитопатія, ламкість судин); значне загальне виснаження; туберкульоз легень, міліарна форма туберкульозу; гнійні запалення легень (абсцес, бронхоектатична хвороба, гангрена); септичний стан пацієнта, психічне збудження, судоми		

472

Продовження табл. 40

<i>Ускладнення:</i>		
I — <i>патологічна реакція на банки</i> , унаслідок чого можуть виникнути: а) значне підвищення температури тіла — при наступному поставленні банок слід тримати їх на шкірі вдвічі менше; б) відшарування верхніх шарів шкіри при її підвищеній чутливості (у хворого, якому банки ніколи не ставили) з утворенням кривавих пухирців — пухирі змащують концентрованим розчином калію перманганату; вони швидко підсихають та загоюються; II — <i>порушення техніки поставлення банок</i> , унаслідок чого можуть виникнути: а) опіки від нагрітих країв банки, які лікують за звичайною методикою; б) багрянні пухирі, заповнені кров'янистою рідиною від довгого тримання банок		
Показання	Місце поставлення	Дія
2. Застосування гірчичників		
Трахеїт	Верхня частина грудної клітки	Подразнення шкіри, що призводить до розвитку гіперемії та посилення кровообігу, тому дає відволікальний та зігрівальний ефекти
Бронхіт		
Пневмонія	Спина (крім лопаток та хребта), бічні частини грудної клітки	
Гіпертонічний криз	Потилиця, комірецева зона, литки, уздовж хребта, відступивши від нього на 2 см з обох боків	Відводить кров від судин головного мозку (профілактика інсульту). Чинить рефлекторну подразнювальну дію на периферійні ганглії (нервові вузли), унаслідок чого вони посилюють судинорозширювальні імпульси до периферійних артерій, даючи гіпотензивний ефект
Напад стенокардії	Передсерцева ділянка, включаючи ділянку середини груднини	Відводить застійну кров від вінцевих артерій, подразнення рефлексогенних зон шкіри у ділянці серця сприяє розширенню вінцевих артерій (коронаролітичний ефект), зменшенню можливості їх

		тромбозу (антитромботичний ефект), покращанню реологічних властивостей крові (через відволікальний та коронаролітичний ефекти), коронаролітичний дії і зниженню порога больової чутливості (знеболувальний ефект)
Гострі респіраторні захворювання, нежить	Литки, стопи, верхня частина груднини	Відволікальна; зігрівальний ефект

473

Продовження табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
Радикуліт, ішіас	Уздовж хребта, куприк, нервовий стовбур	Подразнює нервові ганглії та периферійні нервові стовбури, що зумовлює покращання метаболічних процесів і чинить протизапальну, відволікальну, знеболувальну дію (через протизапальну дію та зниження порога больової чутливості)
Міозит	Уражений м'яз	Відволікальна, протизапальна, знеболувальна
<i>Протипоказання:</i> ті самі, що й до банок, а також наявність у пацієнта алергійної реакції на гірчицю		
<i>3. Застосування зігрівального компресу</i>		
Гострий, підгострий та хронічний трахеїт і бронхіт	Груднина, спина (крім ділянок лопатки та хребта), бічні ділянки грудної клітки, ті самі місця	Розширення кровоносних судин шкіри, підшкірної жирової клітковини та прилеглих органів. Посилення процесів обміну: а) протизапальна дія; б) розсмоктування вогнища гострої (негнійної) та хронічної інфекції
Пневмонія (крім абсцедивної)		
Ангіна (без нагноєння)	Шия	
Запальні процеси у шкірі та підшкірній жировій клітковині, наприклад післяін'єкційні інфільтрати	Уражене місце	
Запалення периферійних нервів		
Гострі (без нагноєння) та хронічні запалення суглобів	Уражений суглоб	
Забите місце (не раніше ніж через 1 добу після травми)	Уражене місце	
Запалення середнього вуха (отит), крім гнійного	Ділянка соскоподібного відростка	
Хронічний тромбофлебіт (за відсутності свіжого нагноєння і тромбування)	Уражене місце	
Негнійне запалення грудної залози (мастит)		

Продовження табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
Хвороби, яким притаманні периферійні артеріальні спазми: облітерацийний ендартеріїт або артеріосклероз, хвороба Рейно	Литки, стопи. Литки, стопи, передпліччя, кисті	Подразнення рецепторів шкіри, рефлекторний вплив на нервові закінчення у непосмугованих м'язах судин, внутрішніх органів (бронхів, травного каналу, сечовивідних шляхів тощо)
Хвороби дихальної системи, бронхіальна астма, сухий плеврит (не туберкульозного походження)	Грудна клітка (груднина, спина, крім хребта і лопаток, боки)	Протиспазматична, болезаспокійлива
Запалення суглобів	Уражений суглоб	
Міозит		
Запалення периферійних нервів	Уражений нерв	
Тромбофлебіт (за відсутності гострих запальних явищ)	Уражене місце	Відведення крові від глибоко розміщених тканин та органів.
Ангіна	Шия	Зменшення застою крові,
Глибокі інфільтрати підшкірної жирової клітковини (наприклад післяін'єкційний)	Уражене місце	обмеження запального вогнища, розсмоктування запального вогнища
Негнійний мастит	Уражена грудна залоза	
Підшкірні інфільтрати, фурункули, карбункули	Уражене місце	
<i>Протипоказання:</i> гарячка з високою температурою тіла, алергійні та гноячкові захворювання шкіри, септичний стан пацієнта, гнійне ураження прилеглих органів, порушення цілості шкіри		
4. Застосування грілки		
Загальне охолодження хворого	Загальне обкладання грілками	Розширення кровоносних судин шкіри та глибоко розміщених органів (безпосередньо під впливом тепла та рефлекторно — унаслідок подразнення рецепторів шкіри)

Продовження табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
Знесилення хворого, стан гіпотермії	Загальне обкладання грілками	Суто теплова дія (зігрівання пацієнта); покращання

Хронічні запальні процеси: 1. Холецистит 2. Коліт (особливо спастичний). 3. Гастрит. 4. Артрит. 5. Радикуліт, неврит	1. Ділянка правого підребер'я. 2. Ділянка живота. 3. Ділянка епігастрію та мезога-стрію. 4. Ділянка ураженого суглоба (суглобів). 5. Уражене місце	кровообігу; трофічна, відволі- кальна, розсмоктувальна дія
Для кращого загоювання виразки шлунка або дванадцятипалої кишки (якщо немає схильності до кровотечі або перфорації)	Ділянка епігастрію та мезога-стрію	
Для покращання трофіки нижніх кінцівок при облітерацийному ендартеріїті, артеріосклерозі, хворобі Рейно	Нижні кінцівки (крім ділянок трофічних виразок)	
Підшкірні інфільтрати при внутрішньом'язових або підшкірних ін'єкціях (без нагноєння)	Місце інфільтрату	
Невралгія, радикуліт	Уражене місце	Подразнення шкірних рецепторів теплом, розслаблює непосмуговані м'язи внутрішніх органів, знижує поріг больової чутливості. Антиспазматична, знеболювальна дія
Спазматичні явища у черевній порожнині: — гастрит; — дуоденіт; — коліт (особливо спастичний); — холецистит; — виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки (якщо немає схильності до кровотечі або перфорації)	Ділянка живота	
Сечокам'яна хвороба. Різні периферійні артеріальні спазми (хвороба Рейно, облітерацийний ендартеріїт, артеріосклероз)	Ділянка живота, крижі. Нижні або верхні кінцівки	

476

Продовження табл. 40

<i>Протипоказання:</i> біль у животі невідомого генезу, кровотечі різного виду, гострі запальні явища в черевній порожнині: апендицит, гнійний холецистит, перитоніт, панкреатит, злоякісні і доброякісні пухлини, туберкульоз будь-якої локалізації, тромбофлебіт, нагнійні та алергійні захворювання шкіри, свіжі травми, забиті місця, обмороження, інфіковані рани, септичний стан пацієнта		
Показання	Місце поставлення	Дія
5. Застосування мішура з льодом та холодного компресу		
Менінгіт, енцефаліт	Потилиця	Звуження поверхневих та глибоких артеріальних та венозних судин. Обмеження запального процесу. Протинабрякове спинення
Сильний головний біль		
Інсульт, особливо геморагічний		
Набряк мозку		

Марення, психічне збудження	Обличчя	кровотечі. Зменшення всмоктування токсичних речовин із запального вогнища
Гіпертермія	Обличчя, потилиця, поверхня тіла	
Запалення очеревини (перитоніт)	Живіт	
Свіже забите місце	Уражене місце	
Гострий тромбофлебіт		
Різні кровотечі: 1) носові; 2) виразкові; 3) гемороїдальні; 4) стравохідні; 5) легеневі; 6) маткові	1. Перенісся. 2. Живіт. 3. Куприк. 4. Груднина, ковтання подрібненого льоду. 5. Грудна клітка, ковтання подрібненого льоду. 6. Нижня частина живота	
Свіжі травми покривів тіла	Уражене місце	Анестезія поверхневих рецепторів, що сприяє рефлекторному зменшенню порога збудливості глибоко розміщених рецепторів. Поверхнева та глибока знеболювальна дія
Сильний головний біль, особливо мігреноподібний	Обличчя, потилиця	
Нудота, блювання	Ділянка живота, ковтання подрібненого льоду	
<i>Протипоказання:</i> виснаження хворого. Хвороби, яким притаманні артеріальні спазми (облітерацийний ендартеріїт, хвороба Рейно). Підвищена чутливість до холоду. У хворих, що втратили чутливість шкіри (паралічі). У хворих із гострою затримкою сечі. При трофічних ураженнях шкіри. Холодові процедури слід обережно застосовувати у хворих, які перебувають у непритомному стані		
<i>Примочки (холодні компреси).</i> Змочити у холодній (льодяній) воді велику марлеву серветку. Віджати її і прикласти до хворого місця. Змінювати серветку кожні 2—3 хв (швидко набуває температури тіла). Примочки прикладати протягом 5 хв — 1 год		

477

Продовження табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
<i>6. Застосування п'явок — гірудотерапія</i>		
Ішемічна хвороба серця, напади стенокардії, що затягнулися, інфаркт міокарда	Ділянка серця (8—10 особин)	Висмоктуючи кров, п'явки випускають у ранку та кров секрет своїх слинних залоз, який у своєму складі має гірудин (інгібітор ферменту тромбіну)
Тромботичний (ішемічний) інсульт нижніх кінцівок	Соскоподібні відростки (по 8 п'явок на кожний)	Гальмування зсідання крові, до того ж не тільки у місці присмокткування, а й у циркулюючій крові, тобто вони діють як антикоагулянти засоби та запобігають тромбозу внаслідок: а) покращання реологічних властивостей та мікроциркуляції крові; б) блокування процесу прилипання тромбоцитів один до одного та до стінки судин
Тромбоемболія легеневої артерії	Спереду та позаду грудної клітки над місцем інфаркту легені	
Атеросклеротичні ураження: 1) аорти (крім випадків її аневризми); 2) вінцевих судин, судин головного мозку; 3) судин нижніх кінцівок	1. Другий міжребровий проміжок ліворуч від груднини. 2. Другий міжребровий проміжок праворуч від груднини. Ділянка серця. 3. Соскоподібні відростки вздовж ураженої судини	

Гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія, гіпертонічний криз	Соскоподібні відростки. Ділянка серця. Уздовж хребта	Дія п'явок при цьому виникає за рахунок: розширення периферійних та органних артеріол, покращання реологічних властивостей крові. Тромболітична дія: гірудин руйнує (лізує) тромби, що вже утворилися
Тромбофлебіт	Уздовж уражених судин	Первинна дія: фермент дестабілазу та деякі простагландини, що у своєму складі мають гістаміноподібні речовини, зумовлюють розширення артеріол периферії та внутрішніх органів, у тому числі вінцевих та мозкових артерій. Остаточна дія: тромболітична, протиатеросклеротична функція (гідроліз холестерину та гліцерину-триолеату)

478

Продовження табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
Хронічний бронхіт	Грудна клітка у міжребровому проміжку	Ферменти, що інгібують медіатори запалення.
Ревматизм із в'ялим перебігом	Ділянки серця, суглобів	Протизапальна дія
Колагеноз		
Тяжкий головний біль	Соскоподібні відростки	Блокування брадикініну, що стимулює больові відчуття (знеболювальна дія)
Неврит, невралгія, радикуліт	Уздовж уражених нервових стовбурів, хребта залежно від місця ураження	
Запальні процеси	Залежно від місця ураження	Ферменти, що підвищують фагоцитарну активність нейтрофільних гранулоцитів. Підвищення клітинного імунітету
Хронічні септичні процеси із в'ялим перебігом		Ферменти, що мають бактерицидну та бактериостатичну дію. Знезаражування крові та септичних вогнищ
Хронічний застій крові у легенях при: • серцевих вадах; • лівошлуночкової недостатності; • хронічному легеневому серці, хронічних бронхітах з тяжким перебігом	Спереду та позаду грудної клітки у міжребровому проміжку	Відволікальна дія. Відведення крові із застійних ділянок, запальних вогнищ; перерозподіл крові, зменшення об'єму циркулюючої крові (дія подібна до кровопускання)

Гострий застій крові у легенях при: • набряку; • тромбоемболії легеневої артерії; • нападі бронхіальної астми	Уздовж хребта
Застій крові у печінці при: • хронічній недостатності кровообігу, цирозі печінки; • хронічному легеневому серці	Права реброва дуга (8—12 п'явок)
Венозний застій крові у мозку при гіпертонічній хворобі, набряку мозку	Соскоподібні відростки (по 8 п'явок на кожний)

479

Закінчення табл. 40

Показання	Місце поставлення	Дія
Ішемічна хвороба серця (зняття нападів стенокардії)	Ділянка серця	Укуси п'явок зумовлюють подразнення певних рефлексогенних зон поверхні тіла (шкірно-вісцеральний шлях впливу). Дія, подібна до голковколівання: а) зняття різних артеріальних спазмів: вінцевих, мозкових; нижніх кінцівок; б) гіпотензивна; в) знеболювальна; г) заспокійлива (поліпшення сну)
Порушення мозкового кровообігу (крім геморагічних інсультів)	Соскоподібні відростки	
Гіпертонічна хвороба та симптоматичні артеріальні гіпертензії	Уздовж хребта. Інші певні рефлексогенні зони	
<i>Протипоказання:</i> хвороби зі зниженим зсіданням крові, ламкість судин, анемія, артеріальна гіпотензія, гострий септичний стан, злоякісні пухлини, алергійні захворювання. Не можна прикладати на ті місця, де вени або артерії проходять близько до шкіри і п'явки можуть прокусити їх (скроні, ділянка нижньої щелепи, шия); де шкіра надто тонка та чутлива (обличчя, шия); де підшкірна жирова клітковина надто пухка (обличчя) і може просякнутися кров'ю; на ділянках, де шкіра надто товста (долоні, підшви), що її п'явки не зможуть прокусити		

Слід зважати на те, що пацієнти по-різному реагують на відволікальні процедури. Це може бути зумовлене загальним станом пацієнта, індивідуальною реакцією його шкіри на ту чи іншу процедуру, порогом больової чутливості і функціональним станом нервової системи. Тому перед їх виконанням необхідно з'ясувати індивідуальну реакцію пацієнта на конкретну процедуру, якщо вона застосовувалась раніше. Якщо ж процедуру проводять уперше, слід регулярно стежити за самопочуттям пацієнта під час її дії на організм.

Водолікування

Водолікування — це зовнішнє використання води з лікувальною, профілактичною та гігієнічною метою. Буває помірної, середньої та надмірної сили дії подразнювання.

До водолікування з *помірною дією подразнювання* належать такі процедури:

- 1) промивання, розтирання;
- 2) ванни для ніг та передпліччя з поступовим підвищенням температури;
- 3) контрастні ванни для ніг та передпліччя;
- 4) холодні обливання колін, рук, обличчя та потилиці, стоячі ванни;
- 5) компреси на груднину.

До водолікування з дією подразнювання середньої сили належать:

- 1) ванни для ніг, поперекові садячі та лежачі ванни з послідовним підвищенням температури;
- 2) сидяча ванна з розтиранням;
- 3) мінеральна ванна;
- 4) тепла ванна з розтиранням (сидяча або до стегон);
- 5) сидяча ванна з перемінною температурою;
- 6) компрес на тулуб або вологе обгортання 3/4 тіла середньої тривалості;
- 7) сидяча парова ванна;
- 8) сауна.

До водолікування з дією подразнювання надмірної сили належать:

- 1) розігрівальна ванна;
- 2) російська лазня;
- 3) швидке обмивання всього тіла холодною та гарячою водою;
- 4) тривале обгортання всього тіла або на 3/4.

Ванни можуть бути загальні, коли у воду занурюють усе тіло до мечоподібного відростка, місцеві (мал. 94) — коли занурюють частини тіла: половинні — вода покриває тіло до попереку; садячі, або тазові, коли у воду опускають таз, нижню частину живота і верхню частину стегон; ручні, коли у воду занурюють кисть і передпліччя, та ножні — коли у воду занурюють стопи й гомілки тощо (мал. 95).

Сидячі ванни бувають теплі та гарячі (37—40 °С), тривалістю 10, 15 чи 20 хв, або холодні (15—20 °С) тривалістю 3—5 хв. Температура води для проведення ванн для кінцівок становить 40—45 °С, а тривалість — 10—20 хв.

Залежно від температури води розрізняють ванни прохолодні (до 33 °С), холодні (нижче 20 °С), дуже холодні (12 °С), індиферентні (34—36 °С), теплі (37—39 °С), гарячі (понад 40 °С). Тривалість ванн коливається від 3 до 30 хв.

Прудотерапія (застосування п'явок)

У медичній практиці п'явки застосовують з давніх-давен, переважно для крововитягування, як загальний та місцевий протизсідальний засіб.

П'явки належать до класу кільчастих червів. Вони живуть у прісних стоячих водоймах (ставках, озерах, болотах, канавах).

З лікувальною метою застосовують медичні (*Hirudo medicinalis*) та аптечні (*Hirudo officinalis*) п'явки, їх не слід плутати з кінськими п'явками.

П'явка має довгасте пласко-опукле тіло, що складається з кілець; тому вона може як сильно скорочуватися, так і дуже збільшуватися (насмоктавшись крові). Довжина дорослої п'явки становить 3—6 см, поперечник — 10—12 мм; її маса — 1,5—2 г. На головному (звуженому) кінці п'явки є присосок. На його дні розміщений рот, а в ньому — три щелепи, які розходяться у вигляді радіусів, що мають форму маленьких пилок, поділених на 90 зубчиків,

482

якими п'явка прокушує шкірні покриви. На хвостовому (подовженому) кінці є інший, більшого розміру, присосок, за допомогою якого п'явка причіплюється до шкіри та просувається вперед. Спинка медичної п'явки має оливково-зелене забарвлення, часто майже

чорне, з шістьма вузькими червонуватими поздовжніми смугами. Черевце її також має оливково-зелене забарвлення з чорними плямами.

Зберігають п'явок у банці з чистою водою ємкістю в декілька літрів. При цьому в 3—5-літрової банці їх можна зберігати до 300 особин. Банку слід прикривати кришкою з отворами або рідким полотном. Воду наливають з водопровідного крана до половини або на 2/3 банки, давши їй відстоятися протягом доби (щоб виділився хлор), міняти воду необхідно щодня або через день. На дно банки треба насипати невеликий шар піску. Банку тримати на вікні в не дуже світлій кімнаті, по можливості за температури повітря +12...+18 °С.

Для використання придатні тільки здорові, голодні п'явки. Вони мають такі ознаки: швидко пересуваються у воді, у витягнутому вигляді мають тонке тіло, при дотику скорочуються у 3—4 рази, набуваючи форму яйця; тіло такої п'явки на дотик еластичне, слизьке.

Мляві рухи, вузлики, ділянки ущільненості на тілі, липкий слиз на його поверхні вказують на хворобливий стан п'явки. Така п'явка непридатна до застосування.

Необхідно пам'ятати, що для запобігання передачі через п'явку інфекційних хвороб (гепатит, СНІД) від одного хворого до іншого треба застосовувати п'явку тільки один раз.

Зазвичай використаних п'явок знищують, кидаючи їх у розчин формаліну або нашатирного спирту чи солону воду, а потім викидають до каналізації.

Але їх можна використовувати для того самого хворого декілька разів. Для цього після використання п'явку слід потримати декілька хвилин у підсоленій або підкисленій оцтом воді, обережно пальцями витиснувши з неї кров (у напрямку від головного до хвостового кінця) та залишити голодною на декілька місяців (кров, що залишилася у п'явці, перетравлюється надто повільно).

Краще відсмоктують кров п'явки масою 1—2 г. Велика п'явка може насмоктати за 1 год від 10 до 15 мл крові. Таким чином, 8—10 п'явок, що їх зазвичай прикладають, можуть сприяти крововтраті до 100—150 мл.

Оксигенотерапія

Великого значення у загальній терапії набув метод лікування киснем — оксигенотерапія. Завдяки її винятковій ролі у процесах життєдіяльності організму, вдихання кисню застосовують при різноманітних патологічних станах, які супроводжуються кисневим голодуванням. Оксигенотерапія показана при

483

екстремальних станах організму, за яких раптово розвиваються тяжкі порушення процесів дихання (асфіксія, отруєння чадним газом, метаном, набряк легень, відкритий пневмоторакс, ларингоспазм). Інгаляційне введення кисню застосовують і при численних хронічних захворюваннях, зокрема серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, вади серця, гіпертонічна хвороба, міокардит), органів дихання (пневмонія, пневмосклероз, емфізема легень, бронхіальна астма), органів травлення (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічні запальні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт). Широко застосовують оксигенотерапію також при захворюваннях нервової системи, шкірних хворобах, численних недугах хірургічного профілю.

Ефективним методом інгаляційної оксигенотерапії вважають введення кисню в дихальні шляхи за допомогою катетера, який розміщують у носовому ході (мал. 96), — трансназальний метод.

Кисневі інгаляції можна проводити і за допомогою хірургічних масок. При подаванні кисню через маску його частка у повітряній суміші, яку вдихає па-

484

цієнт, має становити від 40 до 60 %. За відсутності спеціального зволожувача з цією метою можуть використовувати апарат Боброва, заповнений на третину водою.

У середньому швидкість подавання кисню при застосуванні маски сягає 4—5 л за 1 хв. За допомогою спеціального пристрою інгалятора потік газу можна регулювати, зокрема збільшити його до 10 л за 1 хв. Але слід пам'ятати, що хворі погано переносять інгаляції кисню в об'ємі понад 5 л за 1 хв. Це зумовлено тим, що високі концентрації газу спричиняють висушування слизової оболонки рота і дихальних шляхів. За відсутності регулятора швидкість руху кисню можна контролювати за кількістю і швидкістю утворення бульбашок газу у зволожувачі.

У сучасних стаціонарних лікувальних закладах для кисневих інгаляцій часто використовують метод надходження кисню до пацієнта за допомогою централізованої системи кисневого забезпечення. Складається вона із кількох кисневих балонів, з'єднаних між собою сполучною редукторною системою. Розміщують систему в спеціально обладнаному приміщенні, яке будують неподалік від лікувального корпусу.

Визначальна ознака кисневого балона медичного користування — синій колір його оболонки з позначкою "М" у верхній частині ("М" означає "медичний"). Цими ознаками медичний кисень відрізняється від технічного.

Для безпечного зберігання кисневих балонів температура приміщення не повинна перевищувати 36 °С, а система центрального опалення має бути віддалена від балонів щонайменше на понад 2 м. Заповнений газом балон повинен містити 40 л газоподібного кисню, стисненого до 150 атм. До балона приєднують спеціальний пристрій — редуктор з двома манометрами. Один із них, з'єднаний безпосередньо з балоном, визначає тиск газу в балоні, інший, з'єднаний з камерою низького тиску, призначений для регулювання тиску кисню, який подається хворому. За допомогою регулювального гвинта у лікувальні палати кисень по централізованій системі подається під тиском у межах 1—2 атм.

З метою запобігання вибуху кисневих балонів медичний персонал має суворо дотримувати правил поведінки з ними. При контакті з киснем категорично заборонено курити, користуватися електроприладами, запалювати вогонь. При роботі з балонами необхідно пам'ятати, що стиснутий газоподібний кисень при контакті з жировими речовинами активно вступає в окисну реакцію, що може спричинити опіки, спалах і навіть вибух. Тому важливо пам'ятати, що до роботи з балонами не слід допускати осіб, на шкірі і одязі яких містяться речовини, виготовлені на жировій основі (губна помада, креми, мазі, паста тощо). Балони слід обережати від сильних поштовхів, ударів і струсів, їх потрібно тримати у вертикальному положенні у зафіксованому стані за допомогою металевих обручів або ланцюгів, які прикріплюють до стіни. При відкриванні вентиля не слід ставати обличчям до напрямку руху струменя кисню, аби уникнути опіків обличчя, насамперед очей.

485

За відсутності у лікарні централізованої системи кисневого забезпечення для кисневих інгаляцій іноді використовують *кисневу подушку*. Киснева подушка — це прогумований мішок ємкістю 15 л з гумовою трубкою, пластмасовим мундштуком і регулювальним краном. Для заповнення подушки киснем спочатку відокремлюють від шланга мундштук і з'єднують трубку з редуктором кисневого балона. Потім повільно відкривають вентиль, і подушка поступово наповнюється газом. Після її наповнення закривають вентиль редуктора і перекривають за допомогою крана зворотний вихід газу, надягають мундштук. При використанні подушки з метою зволоження кисню доцільно мундштук обгорнути зволоженою марлею. Подавання кисню регулюється за допомогою спеціального крана. Під час інгаляції мундштук необхідно тримати на відстані 4—5 см від рота пацієнта, аби

зменшити відчуття сухості. Слід зазначити, що оксигенотерапія із застосуванням кисневої подушки — малоефективний засіб, його можна використовувати лише за відсутності інших.

Перелік практичних навичок

1. Поставлення банок.
2. Поставлення гірчичників.
3. Гірчичні ванни для ніг.
4. Гірчичні обкутування.
5. Накладання зігрівального компресу.
6. Накладання зігрівального компресу на вухо.
7. Накладання гарячого компресу.
8. Накладання грілки.
9. Поставлення міхура з льодом.
10. Застосування п'явок.
11. Підготовка та проведення лікувальних ванн.
12. Подавання зволоженого кисню.
13. Оксигенація через носову канюлю.
14. Оксигенотерапія через носовий катетер.

Поставлення банок

Мета: посилення крово- та лімфообігу.

Показання: запальні захворювання дихальних шляхів (трахеї, бронхів, пневмонія, плеврит), міжреброві невралгії, радикуліт, гострий і хронічний міозит.

Протипоказання: легеневі кровотечі, туберкульоз легень, злоякісні новоутворення, захворювання шкіри і підвищена її чутливість, виснаження, стан загального збудження.

Підготувати: на лотку 10—16 медичних банок, спирт, металевий стрижень з ватою на кінці (гніт), сірники, рушник, вазелін.

486

Послідовність дій

1. Підготувати банки: вимити гарячою водою, витерти насухо, перевірити цілість країв.
2. Поставити лоток з усім необхідним для процедури біля ліжка хворого.
3. Укласти пацієнта, волосся прибрати під косинку; якщо шкіра покрита волоссям, його поголити, шкіру обмити теплою водою, досуха витерти і змастити вазеліном.
4. Металевий стрижень із щільно накрученою ватою (перевірити!) змочити спиртом, залишки спирту дещо відтиснути, а флакон зі спиртом закрити.
5. Запалити змочений гніт і взяти в праву руку.
6. У ліву руку взяти банку і швидким рухом на 1—2 с внести гніт з полум'ям у банку, не торкаючись її країв, прикласти банку до тіла, злегка прижавши її (банки ставлять на поверхню тулуба на місця найтовшого м'язового і жирового шару: спина, бічні поверхні грудної клітки, поперек; не можна ставити банки на хребет, грудні залози, ділянку серця — мал. 97).
7. Якщо банка щільно тримається, а шкіра добре в неї втягнута і набуває багряного кольору, вона поставлена правильно. Поставити необхідну кількість банок і вкрити хворого.
8. Через 15—20 хв по черзі зняти всі банки — однією рукою трохи відхилити банку, а пальцем іншої руки надавити на шкіру біля краю банки, витерти шкіру рушником, тепло вкрити хворого і попросити полежати не менше 30 хв.
9. Банки протерти серветкою і поставити в лоток. *Можливі ускладнення:* опіки.

Поставлення гірчичників

Показання: запальні захворювання дихальних шляхів, міжреброві невралгії, радикуліт, міозит, гіпертонічний криз, стенокардія.

Підготувати: ниркоподібний лоток, воду (температура 30—40 °С), гірчичники.

Послідовність дій

1. У ниркоподібний лоток налити теплу воду.
2. Пацієнта покласти в ліжку у зручне положення, перевірити, щоб шкіра в місцях поставлення була чистою, без шкірних захворювань і крововиливів.

487

3. По черзі, занурюючи гірчичники в теплу воду на 10 с і стряхнувши з них залишок води, щільно прикласти їх до шкіри стороною, що покрита гірчицею. При підвищеній чутливості (у дітей) гірчичники можна ставити гірчицею догори, через папір (газету не можна), марлю у 4 шари, тонкий махровий рушник.
4. Накрити гірчичники рушником, потім ковдрою і попросити пацієнта лежати 10—15 хв.
5. Через 15 хв зняти гірчичники, шкіру протерти вологою серветкою, досуха витерти і змастити вазеліном.
6. Пацієнта вкрити і попросити полежати не менше 30 хв.

Можливі ускладнення: подразнення шкіри, опіки з утворенням пухирів. Місця, куди можна ставити гірчичники: на задній поверхні шиї по обидва боки від хребта (при гіпертонічному кризі), на передній поверхні грудної клітки зліва (при стенокардії), вище грудної залози, на задній поверхні і бічних поверхнях грудної клітки (вздовж хребта), на литки ніг (мал. 98, а), на груднину (мал. 98, б).

Гірчичні ванни для ніг

Підготувати: гірчицю суху 100 г, теплу воду (температура 40—45 °С), відро або таз.

Послідовність дій

1. 100 г сухої гірчиці розвести в 10 л теплої води, ретельно перемішати.
2. Сидячи на стільці, пацієнт опускає ноги в цей розчин, ноги разом з відром накрити ковдрою.

488

3. Періодично доливати гарячу воду, підтримуючи температуру близько 45 °С.
4. Через 15—20 хв ноги сполоснути теплою водою, насухо витерти, надягти шкарпетки.
5. Пацієнта вкласти в ліжку.

Примітка: суху гірчицю можна насипати в шкарпетки. У результаті дії гірчиці на вологу шкіру виникає м'яке подразнення шкіри.

Гірчичні обкутування

Підготувати: паперову пелюшку (для дитини), розчин гірчиці, теплу воду (температура 36 °С), рушник. *Послідовність дій*

1. Для дитини — змочити паперову пелюшку в процідженому розчині гірчиці (2—3 столові ложки (30 г) гірчиці на 1 л теплої води — температура 36 °С), віджати і загорнути в неї дитину, тепло обкутати.

Через 7—10 хв пелюшку зняти і обмити дитину теплою водою, витерти насухо і одягти в зігрітий одяг.

2. Для дорослого — змочити рушник у розчині гірчиці (100 г на 1 л води), віджати його і обкутати потрібну ділянку тіла, прикривши пацієнта простиралом і ковдрою.

Через 10—15 хв аплікацію зняти і обмити шкіру теплою водою, насухо витерти і тепло вкрити.

Накладання зігрівального компресу

Мета: посилення місцевого кровопостачання, розсмоктувальний та знеболювальний ефект.

Показання: місцеві запальні процеси шкіри, суглобів, середнього вуха, забиття (через добу після травм).

Протипоказання: висока гарячка, алергійні стани, гноячкові висипання, порушення цілості шкіри.

Підготувати: марлю, складену у 8 шарів, компресний папір, вату, бинт, розчин етилового спирту, розведений водою 1:2, або теплу воду.

Послідовність дій

1. Змочити марлю водою або одним із приготовлених розчинів і добре віджати.
2. Прикласти марлю до хворої ділянки тіла.
3. Поверх марлі покласти компресний папір більшого розміру (на 2 см з усіх боків).

489

4. Поверх паперу покласти шар вати, який має перекривати два попередніх шари.
5. Закріпити компрес бинтом так, щоб він щільно прилягав до тіла, але не обмежував рухи, і залишити на 8—10 год (правильно накладений компрес через 1 год зумовлює появу в пацієнта відчуття тепла під пов'язкою, або після 3—10 год марля залишається вологою).
6. Зняти компрес, накласти суху теплу пов'язку.
7. Повторно компрес можна

Можливі ускладнення: подразнення шкіри, опік.

Примітка: перш ніж ставити лікувальний компрес, шкіру необхідно змастити дитячим кремом або вазеліном. При повторному накладанні компресу, щоб запобігти мацерації шкіри, її протирають 45 % розчином етилового спирту і насухо витирають.

Не можна ставити компрес на шкіру, що змащена йодом, — це може спричинити глибокі опіки.

Накладання зігрівального компресу на вухо

Послідовність дій

1. Шар тканини змочити в 40 % спиртовому розчині, укласти навколо вуха — більше на соскоподібний відросток.
2. Зверху покласти шар вощанки так, щоб вушна раковина була зовні (мал. 100).
3. Третій шар з вати покласти на вушну раковину.
4. Зверху компрес прибинтувати через голову.

Накладання гарячого компресу

Підготувати: ємність для води, серветку велику, клейонку, вату, бинт, ножиці.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід процедури й отримати згоду на її виконання.
2. Вимити і висушити руки.
3. Скласти серветку у 8 шарів (мал. 101, а), змочити її у воді (температура 60—70 °С), віджати та щільно прикласти серветку до шкіри.
4. Зверху вологої серветки накласти клейонку (на 1—2 см більшу за серветку по периметру).
5. Накласти шар вати зверху клейонки.
6. Зафіксувати компрес бинтом, дотримуючи правил десмургії (мал. 101, б).

490

7. Вимити і висушити руки.
8. Через 10 хв замінити компрес (тривалість дії компресу визначає лікар).
9. Витерти насухо вологу шкіру та накласти суху пов'язку.
10. Вимити і висушити руки.
11. Зробити запис про виконану процедуру та реакцію на неї пацієнта в картці стаціонарного хворого.

Накладання грілки

Мета: купірувати біль, для розсмоктування запальних процесів, для зігрівання тіла.

Показання: хронічні запальні процеси в суглобах, органах черевної порожнини (хронічний гастрит, коліт), перша стадія гарячки, гіпертензивний криз.

491

Протипоказання: гострі запальні процеси в черевній порожнині (гострий апендицит, холецистит та ін.), перша доба після забиття, ушкодження шкіри, кровотечі, інфіковані рани, злякисні новоутворення.

Підготувати: гарячу воду (температура — 60 °С), грілку, рушник.

Послідовність дій

Грілку наповнити гарячою водою на 3/4 її об'єму, видалити повітря, натискаючи на неї з двох боків, доки не з'явиться вода, і щільно загвинтити корок (мал. 102, а, б).

1. Перевірити грілку на герметичність, опустивши корком донизу (мал. 102, в).
2. Грілку насухо витерти, загорнути в рушник і прикласти до тіла отвором догори.

Можливі ускладнення: опік шкіри.

Поставлення міхура з льодом

Мета: звузити кровеносні судини, знизити чутливість нервових рецепторів. *Показання:* кровотечі, гострі запальні процеси в черевній порожнині, забиття (через 1 добу після травм), висока гарячка.

Підготувати: рушник, лід, міхур для льоду (мал. 103).

Мал. 103. Види міхурів з льодом *Послідовність дій*

1. Лід подрібнити на шматочки і заповнити ними 2/3 об'єму міхура.
2. Витиснути повітря з міхура і щільно загвинтити корок.
3. Міхур з льодом покласти на рушник, складений у 4 шари, і подати пацієнтові (мал. 104, а); при гарячці міхур з льодом підвішують (мал. 104, б).
4. У міру танення льоду воду в міхурі можна зливати, а шматочки льоду докладати.
5. Міхур з льодом знімати кожні 20—30 хв на 10—15 хв.

492

Можливі ускладнення: переохолодження ділянки тіла.

Застосування п'явок

Показання: тромбоз мозкових судин, гіпертонічна хвороба, тромбофлебіт, застійні процеси в печінці, геморой, глаукома та ін.

Протипоказання: схильність до кровотеч та алергійних захворювань, анемія, лікування антикоагулянтами.

Підготувати: безпечну бритву, мило, помазок; на стерильному лотку — пробірка, пінцет, серветки, вата, бинт, розчин глюкози 40 %, підсолена вода, банка з п'явками (мал. 105, а).

Послідовність дій

1. Поголити волосся на ділянці шкіри, на яку ставитимуть п'явок, необхідно напередодні, оскільки п'явки не переносять запах мила.
2. Обробити ділянку шкіри серветкою, змоченою теплою водою (перевареною).

493

3. Змочити підготовлену ділянку шкіри стерильним розчином глюкози.

4. За допомогою пінцета відсадити одну п'явку в пробірку (заднім присоском до дна пробірки; мал. 105, б).
5. Піднести до тіла і направити п'явку на необхідну ділянку тіла.
6. Звільнити п'явку від пробірки щойно вона присмокчеться і з'являться хвилеподібні рухи в її передній частині (мал. 105, в). Так само поставити потрібну кількість п'явок.
7. П'явки тримаються 30—60 хв; якщо необхідно зняти п'явку раніше, треба змочити ділянку переднього присоска підсоленою водою.
8. Після відпадання п'явок поміщають у підсолений розчин або розчин формаліну, а потім виливають у каналізацію.
9. На ранки накладають суху асептичну стисну пов'язку з великою кількістю вати.
10. Не можна змінювати пов'язку протягом доби; якщо вона просякла кров'ю, необхідно накласти вату на пов'язку.
11. Через добу зняти пов'язку, шкіру обробити 3 % розчином перекису водню і накласти суху асептичну пов'язку на 2—3 дні; якщо кровотеча не припинилася, прикласти до ранки стерильну кульку, змочену міцним розчином калію перманганату, і накласти асептичну стисну пов'язку.

Місця, на які можна накладати п'явок: на соскоподібні відростки (на 1 см від вушної раковини) при гіпертонічній хворобі, тромбозі мозкових судин; на ділянку серця (у третьому — п'ятому міжребрових проміжках зліва від груднини на 1 см) — при інфаркті міокарда; уздовж вени, відступивши на 1 см з кожного боку, — при тромбофлебії; на скроневу ділянку на рівні розрізу очей по горизонтальній лінії — при глаукомі; на ділянку правого підбер'я вздовж краю ребра — при застійних процесах у печінці (мал. 106).

Підготовка та проведення лікувальних ванн

Мета: через рецептори шкіри впливати на нервову, серцево-судинну, м'язову, дихальну, травну системи.

Показання: підвищення тонуусу і обміну речовин, стимуляція функції серцево-судинної та нервової систем.

494

Протипоказання: тяжкий стан хворого, висока гарячка. *Підготувати:* прісну воду, лікувальну або мінеральну речовину, термометр для води, годинник (мал. 107, а), ванну, простирадло, рушник. *Послідовність дій*

1. Підготувати ванну, розчин необхідного складу і температури.
2. Занурити у ванну пацієнта:
 - а) при загальній лікувальній ванні — до мечоподібного відростка, над поверхнею води залишається верхня частина грудної клітки, враховуючи ділянку серця (мал. 107, б);
 - б) при сидячій ванні — до пупка (мал. 107, в); вільну частину тіла покривають простирадлом;
 - в) при місцевих ваннах занурюють тільки окремі частини тіла (мал. 107, г).
3. Після ванни допомогти пацієнтові витертись, вкрити його і попросити полежати не менше 30 хв.
4. Тривалість процедури встановлює лікар.
5. Під час приймання ванни слід уважно стежити за станом пацієнта, не залишаючи його наодинці.

Подавання зволоженого кисню

Мета: ліквідувати кисневе голодування.

Показання: захворювання органів кровообігу, дихання, токсичні стани.

Підготувати: балон із киснем, кисневу подушку, мундштук, марлеву серветку, складену вчетверо, наволочку; якщо використовують апарат Боброва — стерильний носовий катетер, вазелінове масло і спирт.

495

Послідовність дій

1. Подання кисню через кисневу подушку:

- а) заповнити подушку киснем з балона; з'єднати гумову трубку подушки з редуктором кисневого балона, відкрити вентиль на трубці подушки, потім — на балоні; наповнивши подушку киснем, закрити вентиль на балоні, потім на подушці;
- б) надягти наволочку на подушку і приєднати мундштук, попередньо оброблений 70 % розчином етилового спирту;
- в) обгорнути мундштук вологою марлевою серветкою з 3—4 шарів;
- г) мундштук щільно притиснути до рота хворого і відкрити кран на подушці, за допомогою якого регулюють швидкість подавання кисню; вдих здійснюється через рот, видих — через ніс;
- г) у разі зменшення кисню в подушці натискають на неї вільною рукою або потихеньку згортають подушку.

2. Подання кисню через апарат Боброва:

- а) стерильний носовий катетер змастити вазеліном;
- б) очистити носову порожнину і ввести катетер у носовий хід і далі в глотку на глибину 15 см (кінчик уведеного катетера має виглядати під час огляду зів);
- в) зовнішню частину катетера закріпити на щоці пацієнта смужкою плас-тиру і з'єднати його з короткою трубкою апарата Боброва;
- г) апарат Боброва з'єднати із джерелом кисню трубкою, зануреною у воду. *Можливі ускладнення:* при тривалому вдиханні чистого кисню можливі судоми, знепритомнення.

Оксигенація через носову канюлю

Підготувати: носову канюлю, трубку для подачі кисню, ємність зі стерильною дистильованою водою, джерело кисню з витратоміром, фіксатор канюлі. *Послідовність дій*

1. Виявити в пацієнта ознаки і симптоми, пов'язані з гіпоксією, і мокротиння в дихальних шляхах.
2. Пояснити пацієнту і (або) його близьким мету оксигенотерапії, наслідки процедури і отримати їхню згоду на її проведення (якщо це можливо).
3. Вимити і висушити руки.
4. Уставити кінці канюлі в ніздрі пацієнта.
5. За допомогою еластичної пов'язки (фіксатора) для голови зафіксувати канюлю так, щоб вона не спричинила в пацієнта відчуття незручності.
6. Закріпити носову канюлю до джерела зволоженого кисню з потрібною концентрацією і швидкістю подачі кисню.
7. Забезпечити достатню свободу рухів кисневих трубок і прикріпити їх до одягу.
8. Вимити і висушити руки.
9. Перевіряти стан канюлі кожні 8 год.
10. Спостерігати за тим, щоб зволожувальна ємність була постійно повною.

496

11. Оглядати слизову оболонку носа і вушні раковини пацієнта для виявлення можливих подразнень шкіри.
12. Кожні 8 год перевіряти швидкість струму кисню, його концентрацію і призначення лікаря.
13. Провести підсумкове оцінювання стану пацієнта для виявлення зменшення симптомів, пов'язаних із гіпоксією.
14. Зазначити спосіб подавання кисню, концентрацію, швидкість його струму, реакцію пацієнта і результати оцінювання пацієнтом задоволення потреби в нормальному диханні.

Оксигенотерапія через носовий катетер

Підготувати: стерильний катетер, зволожувач, стерильну дистильовану воду, джерело кисню з витратоміром, стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду, лейкопластир.

Послідовність дій

1. Виявити в пацієнта симптоми, пов'язані з гіпоксією, і мокротиння в дихальних шляхах.
2. Пояснити пацієнтові (якщо це можливо) і його близьким мету оксигенотерапії, наслідки процедури і отримати згоду на її проведення.
3. Вимити і висушити руки.
4. Відкрити упаковку, дістати катетер і змочити його стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду.
5. Увести катетер у нижній носовий хід на глибину, рівну відстані від вушної часточки до крил носа (мал. 108).
6. Провести контроль положення кисневого катетера в носоглотці (мал. 109).
7. Зафіксувати катетер лейкопластирем так, щоб він не випав із носа і водночас не спричиняв незручностей.
8. Прикріпити катетер до джерела зволоженого кисню із заданою концентрацією і швидкістю його подавання.
9. Забезпечити достатню свободу рухів катетера і кисневих трубок та прикріпити їх до одягу безпечною шпилькою.
10. Вимити та висушити руки.
11. Перевіряти стан катетера кожні 8 год.
12. Спостерігати за тим, щоб зволожувальна ємність була постійно повна.

Можливі проблеми пацієнта

(на прикладі розв'язання ситуаційної задачі)

Хворому Б., 95 років, який лікується амбулаторно, призначено зігрівальний компрес. Але його родичі не володіють достатніми навичками накладання зігрівального компресу.

Складіть план навчання родичів пацієнта накладанню зігрівального компресу.

Стандартний план навчання родичів пацієнта накладанню зігрівального компресу
(результати навчання реєструвати в протоколі)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1. Не володіють достатніми навичками накладання зігрівального компресу	1. Оволодіти необхідними навичками накладання зігрівального компресу	1. Надати необхідні письмові рекомендації. 2. Навчити родичів чи близьких пацієнта правилам накладання зігрівального компресу доступними для них темпами. 3. Звернути увагу на такі моменти: а) для накладання компресу потрібно заздалегідь підготувати складену у 8—10 шарів марлю, компресний папір, вату та бинт; б) підготовану марлю (за розміром рівну ділянці, на яку накладають компрес), змочити водою кімнатної температури та добре віджати; в) зверху марлі накласти компресний папір, розмір якого має бути більшим за перший марлевий шар на 2 см; г) зверху паперу накласти шар вати, який має повністю прикривати попередні два шари; г) зігрівальний компрес прибинтувати щільно до тіла, але так, щоб бинт не заважав рухам та не перетискав кровоносні судини; д) компрес залишити на 8—10 год; е) після зняття компресу шкіру легенько обтерти теплою водою, висушити м'яким

		рушником і накласти суху теплу пов'язку. 4. При виникненні у родичів пацієнта запитань дати на них вичерпну відповідь. 5. Пояснити пацієнтові та його родичам, що зігрівальний компрес за правильного його накладання є нешкідливою процедурою; пояснити його лікувальну дію на організм
--	--	--

498

СПОСТЕРІГАННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ. ТЕРМОМЕТРІЯ. ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА МЕДИЧНОЮ СЕСТРОЮ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- об'єктивні методи дослідження;
- правила і техніку загального огляду, вимірювання зросту, зважування;
- механізм теплоутворення та шляхи тепловіддачі;
- коливання температури тіла протягом дня, її залежність від віку та умов навколишнього середовища;
- поняття, види, періоди, механізм розвитку гарячки;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: **III** стадія гарячки, криз. Сестринські втручання;
- види задишки;
- типи дихання;
- патологічні типи дихання;
- особливості дослідження пульсу на різних артеріях;
- характеристика пульсу;
- фізіологічні норми артеріального тиску;
- ознаки клінічної і біологічної смерті;
- правила поводження з тілом померлого. **Уміти:**
- оцінювати дані фізичного дослідження пацієнта: зовнішній вигляд, свідомість, положення в ліжку, колір та вологість шкіри і слизових оболонок;
- визначати набряки;
- надавати допомогу пацієнтові з високою температурою тіла;
- навчати пацієнта та його сім'ю вимірювати артеріальний тиск;
- спостерігати і доглядати за тяжкохворими і пацієнтами у стані агонії. **Володіти**

навичками:

- вимірювання зросту;
- зважування;
- вимірювання температури тіла;
- реєстрації даних вимірювання тіла в температурному листку;
- оброблення та зберігання термометрів;
- підрахунку частоти дихальних рухів;
- дослідження пульсу;
- вимірювання артеріального тиску;
- поводження з тілом померлого.

502

Спостереження за зовнішнім виглядом і станом пацієнта

Оцінювання свідомості пацієнта

Свідомість хворого може бути ясною чи порушеною: ступор, сопор, кома.

Ступорозний стан, або **стан оглушення**, може спостерігатися при деяких отруєннях, контузях. При цьому хворий погано орієнтується в навколишній обстановці, на запитання відповідає із запізненням.

Сопорозний стан, або сплячка, із якої хворий виходить на короткий час унаслідок голосного оклику, може виникати при інфекційних захворюваннях, різних інтоксикаціях, при високій температурі тіла.

Коматозний стан, або **непритомність**: у людини відсутні рефлекси і реакція на зовнішні подразники, можливі розлади життєво важливих функцій (дихання, серцево-судинної діяльності).

Обстеження пацієнта з метою встановлення діагнозу можна умовно поділити на два етапи.

Перший етап полягає в зовнішньому огляді й опитуванні хворого. При огляді звертають увагу на стан шкірного покриву, зовнішній вигляд і форми обличчя, язика, вушних раковин, нігтьових пластинок, розглядають чутливі зони зап'ястка руки. Пацієнт може перебувати в положенні стоячи, сидячи і лежачи.

Визначають положення тіла, у якому перебуває пацієнт — вимушене, пасивне чи активне.

Вимушене положення тіла (чи його частини) — положення, що займає пацієнт через особливості захворювання для зменшення болю. Лежачи на спині — при гострому суглобовому ревматизмі, на животі — при хворобах хребта, на боці — при сухому плевриті, переломах ребер; сидячи — при серцевій астмі (при накопиченні рідини в порожнині перикарда хворий сидить, нахилившись уперед).

Пасивне положення спостерігають, якщо надане хворому положення вкрай незручне для нього (звішена голова, підведені кінцівки тощо), при непритомності. Таке пасивне положення в багатьох випадках вказує на тяжкий стан хворого.

Активне положення — це стан, при якому пацієнт має можливість за власним бажанням змінювати положення тіла чи кінцівок.

Під час зовнішнього огляду визначають і тип конституції. Виділяють три конституціональних типи: нормостенічний, астенічний, гіперстенічний.

За конституціональними особливостями пацієнта розрізняють правильну і неправильну статуру. Правильна статура — це пропорційне співвідношення окремих частин тіла (тулуба, голови, кінцівок) за відсутності викривлень тощо. До неправильної належать статури з викривленнями, деформаціями, непропорційними співвідношеннями окремих частин тіла.

Огляд обличчя надає суттєву допомогу в діагностиці різних захворювань. При гострому перитоніті (запаленні очеревини) загострюються риси обличчя,

503

западають очі, з'являється профузне потовиділення (обличчя Гіппократа). При захворюваннях нирок обличчя набрякле, бліде.

Ніс. Постійне почервоніння носа з розвинутими дрібними судинами спостерігають при хронічному алкоголізмі. Западання носа є ознакою глибоких змін при сифілісі. Носові кровотечі можуть бути зумовлені місцевими причинами й загальним захворюванням.

Рот. При огляді ротової порожнини виявляють зміни язика, ясен, зубів. Розрихлення ясен із кровоточивістю трапляється при цинзі, захворюваннях крові, отруєнні свинцем.

Особливе значення надають огляду язика. Гладенька поверхня язика характерна для анацидного гастриту. При скарлатині язик має малинове забарвлення.

Очі. При огляді очей звертають увагу на стан рогівки, кон'юнктиви, зіниць.

Огляд шиї. Перш за все слід звернути увагу на розміри щитоподібної залози. Збільшення вузлів на шиї трапляється при туберкульозі. У деяких хворих виявляють виражену пульсацію сонних артерій.

Огляд шкіри. Звертають увагу на шкірні покриви тіла і їхній *колір*: блідий, червоний, синюшний, жовтий і бронзовий.

Блідість часто є результатом недокрів'я. Сполучається із блідістю видимих слизових оболонок: кон'юнктиви ока, м'якого і твердого піднебіння, ротової порожнини тощо. Блідість шкірних покривів спостерігають і при ураженні системи кровотворення, зокрема при лейкозах, лімфогранульоматозі, при отруєнні свинцем і ртуттю, при різних захворюваннях травного тракту, кан-дидозі, міомі, кровотечах, артеріальній гіпотензії тощо.

Червоне забарвлення шкіри може бути тимчасовим після фізичного навантаження чи фізіологічних реакцій (гнів, сором). Як патологічне явище червона шкіра трапляється при захворюваннях, що супроводжуються гарячкою, чи гіпертонічній хворобі. Як стійке явище шкіра багряно-червоного, а іноді синюватого відтінку — при поліциємії (значне підвищення вмісту еритроцитів у кров'яному руслі) та при деяких отруєннях, наприклад амлінітрином, окисом вуглецю, атропіну сульфатом, опієм і алкоголем. Як суто місцеве явище почервоніння шкіри спостерігають при її опіках, запальних процесах і деяких інфекціях, наприклад бешисі.

Синюшна шкіра зумовлена однією з трьох можливих причин:

- 1) порушеннями дихальної системи, що перешкоджає нормальному газообміну в легенях;
- 2) групою захворювань циркуляторного апарату, переважно серця;
- 3) отруєння так званими кров'яними отрутами (анілін, нітробензол, бертолетова сіль тощо), які спричинюють ціаноз.

Прояв загального чи поширеного ціанозу може бути різним і за інтенсивністю, варіюючи від ледь помітного блакитнувато-синюватого відтінку до темно-фіолетового і навіть фіолетово-чорного, що спостерігають при деяких уроджених вадах серця.

504

Синій колір шкірних покривів часто свідчить про порушення периферійного кровообігу і залежить від вмісту в крові у великій кількості вільного гемоглобіну, що зумовлюється просвічуванням з-під шкіри дрібних капілярів.

Жовте забарвлення шкірних покривів і видимих слизових оболонок змінюється від трохи жовтуватого до вохристо-жовтого із зеленувато-чорним відтінком при захворюванні, яке називають "чорною жовтяницею". Таке забарвлення, за винятком випадків відкладення деяких лікарських, харчових і інших речовин, залежить від просякнення жовчним пігментом — білірубіном, що надходить у надмірній кількості в кров.

У деяких сумнівних випадках для розпізнання жовтяниці можна скористатися простим прийомом: за допомогою фіолетового чорнила чи змоченого водою хімічного олівця проводять смугу на шкірі передньої частини передпліччя. По краях від цієї фіолетової риси чітко вимальовується жовте забарвлення.

За своїм походженням жовтяниця може залежати від:

- а) порушення прохідності жовчі у великих жовчних протоках (механічна жовтяниця);
- б) ураження самої тканини печінки (паренхіматозна, динамічна жовтяниця);
- в) розпаду (гемолізу) еритроцитів (гемолітична жовтяниця).

Бронзове забарвлення шкіри, що нагадує колір старої, потемнілої бронзи, трапляється майже винятково при ураженні надниркових залоз (хвороба Ад-дісона). При цьому забарвлення буває у вигляді плям на шкірі рук, шиї, а також у місцях, що піддаються тертю (поперек, пахвові ямки, внутрішня поверхня стегон). Подібні плями можуть бути виявлені і на слизовій оболонці внутрішньої поверхні щік, особливо в місцях зіткнення із зубами, і навіть на склерах (білкова оболонка ока).

Для хвороби Аддісона характерна наявність темних коричневих пігментованих ліній шкірних складок долоні, причому решта шкіри зберігається світлою.

Коричнева пігментація окремих ділянок шкіри трапляється при аліментарній дистрофії. Інші види зміни кольору шкіри трапляються рідше. Наприклад, землісто-сірий спостерігають при злоякісних пухлинах, зокрема раку.

Місцеві порушення забарвлення шкіри можуть виявляти у вигляді посиленої пігментації навколо сосків і самої грудної залози, над ділянкою печінки, жовчного міхура, у вигляді коричневої пігментації, що йде від грудей до пупка і навколо пупка у вагітних. У такому випадку є висока ймовірність інфікування пацієнтки грибками і вірусами при супутній інтоксикації.

З варіантів місцевих розладів можна вказати на ділянки шкіри білого кольору (вітиліго), що є наслідком дефіциту в цих місцях шкірного пігменту.

Унаслідок авітамінозу можуть розвинутися зміни шкірних покривів при пелагрі. Наприклад, характерна наявність буро-коричневої пігментації на шії (пелагрозний комір), на тильній поверхні кистей рук, нижньої частини передпліччя, на тильній поверхні підшов та ін.

505

При огляді звертають увагу також на *запах тіла* пацієнта і повітря, що він видихує. Наприклад, запах сечі часто йде від тяжкохворих з уремією. Запах, що йде від білизни й одягу, спостерігають у хворих з нетриманням сечі, неохайних чи з психічними розладами. Запахи, що йдуть від ніг і тіла практично здорової людини, говорять про наявність кандидамікозу. У курців запах нікотину часто зміщується з прілим запахом поту, що також свідчить про інфікованість організму.

Набряки бувають місцеві й загальні. Місцевий набряк може розвинутих при місцевому запальному процесі або внаслідок місцевого порушення відтоку крові.

Загальні набряки спостерігають не тільки на ногах, руках, а й у серозних порожнинах. Такий масивний поширений набряк називають "анасарка".

Другий етап

При огляді **м'язової системи** визначають ступінь її розвитку. При дослідженні кісток і суглобів звертають увагу на обмеження рухів, набряклість, почервоніння і деформацію. При огляді кінцівок визначають наявність набряків, варикозного розширення вен, виразок, рубців. Інколи можуть спостерігати раптову блідість шкіри пальців рук і ніг (хвороба Рейно). Плоска стопа може бути причиною болю в стопах і м'язах гомілки.

При захворюваннях **органів дихання** (трахеї, бронхів, легень, плеври) з'являються різноманітні порушення їхньої функціональної діяльності, які зумовлюють у хворих появу різних неприємних відчуттів: задишку, кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання.

У нормальних умовах частота дихання в здорової людини становить від 14 до 20 за 1 хв (табл. 41).

Таблиця 41. Частота дихання в дітей різних вікових груп

Вік	Частота дихання (кількість вдихів за 1 хв)
Новонароджений	35
Від 1 до 2 років	30
Від 2 до 6 років	20—25
Від 6 до 10 років	19-21
Від 10 до 16 років	17—19
Від 16 до 18 років	16—18

Під *задишкою* розуміють зміну частоти, глибини, ритму дихання, порушення співвідношення фаз вдиху й видиху, яке зазвичай супроводжується суб'єктивним відчуттям нестачі повітря.

Задишка може супроводжуватися різким прискоренням дихання (тахіпное) і його вповільненням (брадипное) аж до повної зупинки дихання (апноє).

Залежно від того яка фаза дихання стає ускладненою, розрізняють інспіра-торну задишку (проявляється ускладненим вдихом і трапляється, наприклад, при звуженні трахеї та головних (великих) бронхів); експіраторну (ускладнений видих при спазмі часткових (дрібних) бронхів і скупченні в їхньому просвіті в'язкого секрету) та змішану задишку.

506

Ядуха — раптовий напад сильної задишки. Унаслідок порушення діяльності дихального центру виникають патологічні типи дихання: Кус-смауля, Чейна — Стокса, Біота (мал. ПО). Дуже вповільнене й глибоке дихання ("велике дихання") називають диханням Куссмауля. Супроводжується звучним шумним вдихом і посиленням видихом, після якого настає пауза. Таке дихання є характерним для азотемічної уремії та діабетичної коми.

Зміну ритму дихання спостерігають при диханні Чейна — Стокса, якому властиве хвилеподібне збільшення і зменшення амплітуди дихання з наявністю пауз між хвилями (тривалістю 40—50 с). Після паузи настають нечасті дихальні рухи, спочатку поверхневі, а потім глибші й частіші. Потім дихальні рухи знову стають поверхневими й нечастими, що продовжується до нової паузи. Таке дихання зазвичай не залежить від легеневого захворювання і має погане прогностичне значення, бо вказує на тяжке захворювання мозку, розлад мозкового кровообігу.

Дихання Біота характеризується рівномірним за глибиною диханням із періодичним виникненням тривалих пауз (від кількох секунд до півхвилини). Такі типи дихання часто спостерігають у пацієнта в стані агонії. Вони є показником погіршення стану пацієнта. У разі появи патологічного дихання медична сестра має негайно повідомити лікаря.

Догляд за пацієнтами з ядухою передбачає постійний контроль за частотою, ритмом та глибиною дихання.

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

507

Розрізняють кашель сухий і вологий (з виділенням мокротиння). Наприклад, при бронхіальній астмі мокротиння буває слизисте, безбарвне, в'язке, при бронхопневмонії — слизисто-гнійне, при прориві абсцесу легень в просвіт бронха або при бронхоектазах — гнійне.

Кровохаркання — це виділення з дихальних шляхів крові або мокротиння із кров'ю при кашлю. Виділення крові може бути незначним, у вигляді прожилок. Значне ж виділення крові спостерігають при легеневої кровотечі, що є загрозою для життя хворого, смерть якого може настати протягом кількох хвилин.

Існує декілька причин виникнення кровохаркання — бронхіт, бронхоекта-тична хвороба, абсцес, рак і туберкульоз легень, пневмонія, стеноз мітрально-го отвору, тромбоз легеневої артерії, первинна легенева гіпертензія, набряк, травма легень тощо.

Біль у грудній клітці пов'язаний із багатьма причинами. Виникає внаслідок розвитку патологічного процесу безпосередньо в грудній стінці, плеврі, серці та аорті, при захворюваннях органів черевної порожнини. При захворюваннях органів дихання виникнення болю в грудній клітці залежить від подразнення плеври. Плевральний біль буває колочим, може бути дуже сильним, гострим. Він посилюється при глибокому диханні, кашлю і в положенні хворого лежачи на здоровому боці. При такому положенні дихальні рухи клітки частішають, унаслідок чого посилюється тертя запалених жорстких плевральних листків.

Гостра дихальна, або легенева, недостатність — це неспроможність легень перетворювати венозну кров на артеріальну. Причини дихальної недостатності різні. Вони можуть бути пов'язані з ураженням центральної нервової системи (кома, зумовлена отруєнням чадним газом, інтоксикаціями, набряком мозку), порушенням бронхіальної прохідності (наявність

сторонніх тіл, уто-плення, бронхоспазм), ураженням легеневої тканини (запалення легень, емфізема, пневмосклероз тощо).

На початку гострої дихальної недостатності у хворого виникають відчуття нестачі повітря, неспокій, ейфорія. При огляді привертає увагу пришвидшене дихання, участь допоміжних м'язів у диханні; надалі шкіра синіє, укривається холодним липким потом. Спостерігають порушення свідомості, кому.

Набряки є одним із головних проявів серцевої недостатності. Підвищення тиску у венах та капілярах, сповільнення току крові в них та підвищення проникності капілярів слугують причиною посиленого кровотоку в тканини. Затримка натрію та води в нирках, а також зниження вмісту білка в крові внаслідок порушення функції нирок та печінки зумовлюють розвиток набряків.

Здійснюючи догляд за пацієнтами із хронічною недостатністю кровообігу, слід пам'ятати, що серцеві набряки в початкових стадіях захворювання можуть бути прихованими. У таких випадках затримка рідини в організмі проявляється збільшенням маси тіла та зменшенням виділення сечі. Дуже важливо пацієнтам із хронічною недостатністю кровообігу щоденно визначати

508

кількість виділеної за добу сечі (добовий діурез), порівнюючи його з кількістю випитої та введеної парентерально рідини (водний баланс).

Добовий діурез має становити не менше як 70—80 % від усієї отриманої пацієнтом за добу рідини. Розрахунок добового діурезу визначають за формулою:

Кількість виділеної сечі \times 0,8 (80 %) = Кількість сечі, яка має виділитися в нормі.

Якщо пацієнт протягом доби виділяє сечі набагато менше, ніж розраховано (у нормі) + або 5—10 % (негативний діурез), то це означає, що частина рідини затримується в організмі, збільшуються набряки і накопичується рідина в порожнинах (водянка порожнин).

Якщо пацієнт протягом доби виділяє сечі більше, ніж розраховано, то це позитивний діурез (спостерігають під час приймання сечогінних препаратів).

Стан водного балансу організму можна контролювати також шляхом визначення маси тіла пацієнта.

При підвищенні температури тіла понад 37 °С втрата води через легені та шляхом випаровування з поверхні шкіри на кожен градус становить приблизно 200 мл за добу.

У початкових стадіях серцевої недостатності розвиток набряків прихований. Про їх появу в цей період свідчать збільшення маси тіла, зменшення діурезу (утворення та виділення сечі), переважання нічного діурезу над денним (ніктурія). Набряки з'являються на нижніх кінцівках наприкінці дня, а до ранку вони зникають. Згодом нічного відпочинку стає недостатньо для зникнення набряків. Вони з'являються в підшкірній жировій клітковині гомілок, стегон, сідниць, живота, грудей. Якщо пацієнт перебуває в положенні сидячи, набрякають ноги, якщо лежачи на спині — набряки з'являються в ділянці крижів, сідниць, нижньої поверхні стегон, у положенні лежачи на одному боці — відповідно переміщуються й набряки.

Слід знати, що шкіра над набряком стає гладенькою, блискучою, температура її і чутливість знижуються, тому внаслідок необережного застосування грілки може з'явитися опік. Так само легко виникають і пролежні. Живлення набряклої шкіри недостатнє, опірність щодо інфекції знижена, тому опіки й пролежні погано лікуються й легко нагноюються. Уводити ліки в набряклу підшкірну жирову клітковину не рекомендують, бо вони погано всмоктуються, з місця проколу шкіри ін'єкційною голкою виділятиметься набрякова рідина і через нього може проникнути інфекція.

Спостереження за діурезом пацієнта з ураженням серцево-судинної системи необхідно вести постійно, з першого дня госпіталізації і до виписування зі стаціонару.

Дані про кількість ужитої рідини та виділеної сечі заносять до температурного листка або до листка обліку водного балансу.

Треба знати, що добова кількість сечі в здорової людини становить у середньому 1200—1800 мл. Зменшення виділення сечі за відсутності захворювань нирок, проносу, посиленого потовиділення свідчить про серцеву недостатність. Про це необхідно повідомити лікаря.

509

У здорової людини протягом доби нирки виділяють сечі більше вдень, ніж уночі. При ослабленні скоротливої діяльності серця кількість сечі, яка виділяється вночі, може переважати кількість, що виділяється вдень. Це зумовлено тим, що під час сну навантаження на міокард зменшується і його діяльність поліпшується.

Артеріальний тиск — це сила крові, з якою вона діє на стінки судин. На його рівень впливають величина та швидкість серцевого викиду крові, частота й ритм серцевих скорочень, периферійний опір стінок артерій.

Визначають артеріальний тиск за допомогою аускультативного методу Ко-роткова. Для цього використовують спеціальний апарат — тонометр (ртутний, пружинний, електронний). Для визначення артеріального тиску треба правильно підібрати розмір подушки в манжетці, адже неправильно підібраний може дати неправильні результати. Довжина подушки має відповідати довжині обхвату руки (див. мал. 111). Якщо необхідного розміру манжетки нема, то найкраще використати довшу подушку, ніж коротшу.

Артеріальний тиск, який виникає в артеріях під час максимального підвищення пульсової хвилі після систоли шлуночків, називають **систоличним**. Тиск, який підтримується в артеріях під час діастоли внаслідок зниження їх тону, називають **діастолічним**. Різниця між систолічним і діастолічним тиском становить **пульсовий тиск**. Показники артеріального тиску в нормі — у межах від 21,3/9 до 18,3/12 кПа (від 100/60 до 140/90 мм рт. ст.; табл. 42).

Таблиця 42. Значення артеріального тиску в дітей різних вікових груп

Вік	Тиск, мм рт. ст.	
	діастолічний	систоличний
Новонароджений (до 1 року)	50—56	65—91
Від 2 до 5 років	55—56	90—95
Від 6 до 12 років	57—66	96—107
Від 13 до 15 років	63—67	109—114
Від 16 до 18 років	66—70	112—121

Дослідження артеріального пульсу

Артеріальний пульс — це періодичні коливання стінок артерій, зумовлені викидом крові із серця в артеріальну систему і зміною в ній тиску протягом систоли та діастоли.

З діагностичною метою пульс визначають на різних артеріях. На сонній — обережно, щоб запобігти різкому рефлекторному зменшенню частоти серцевих скорочень (мал. 112).

Найчастіше його досліджують на променевих артеріях (одночасно на обох руках). Відчувши пульс одночасно на правій і лівій променевих артеріях, порівнюють величини пульсових хвиль на обох руках, які в нормі мають бути однаковими. Величина пульсу на правій і лівій променевих артеріях є різною

510

Розміри манжети щодо обхвату руки

Маленька для дорослих

23 см

Стандартна
24—32 см
Велика для дорослих
32^2 см
Дуже велика
42—50 см

Довжина подушки не менше 80 % обхвату руки

і

Ширина подушки не менше 40 %
обхвату руки

Шал. 111. Схема манжетки:

1 — липучка; 2 — гумова груша; 3 — манометр; 4 — гумова надувна подушка

при аномаліях розвитку, звуженні або здавленні відповідної променевої, плечової або підключичної артерії, а також при однаковому наповненні пульсу, тому далі дослідження продовжують на одній руці. Якщо є різниця в наповненні пульсу, інші його властивості визначають на тій променевій артерії, де пульсові хвилі чіткіші.

Ритм пульсу оцінюють за регулярністю пульсових хвиль, які виникають одна за одною. Якщо пульсові хвилі з'являються через однакові проміжки часу, це свідчить про правильний ритм (ритмічний пульс). А при різних інтервалах між пульсовими хвилями ритм пульсу неправильний (неритмічний пульс).

Частота пульсу — це кількість пульсових хвиль за 1 хв. При правильному пульсі підрахунок його частоти проводять за 30 с і одержану цифру помножують на 2. При неправильному — підраховують частоту пульсу за 1 хв. Треба знати, що в здорових осіб частота пульсу коливається в межах від 60 до 90 за 1 хв.

Збільшення частоти серцевих скорочень понад 90 за 1 хв (тахікардія) відмічають при різних фізіологічних та патологічних станах, відповідно виникає і збільшення частоти пульсу, який називається прискореним. При зменшенні частоти серцевих скорочень менше 60 за 1 хв (брадикардія) пульс стає вповільненим.

Напруження пульсу визначають за силою, що застосовують при натисненні на стінку артерії для припинення її пульсації. Зі ступеня напруження пульсу можна приблизно уявити величину максимального тиску: що він більший, тим пульс напруженіший (твердий пульс), що менший — тим пульс менш напружений (м'який пульс).

511

Мал. 112. Дослідження артеріального пульсу: місця визначення пульсу (а); визначення пульсу на артеріях: сонна (б); скронева (в); стегнова (г); променева (і); підколінна (д); задня великогомілкова (є); тильна артерія стопи (є); визначення пульсу на обох руках (ж)

Наповнення пульсу визначають за кількістю артеріальної крові, що викидає лівий шлуночок за одну систолу, а також за допомогою різниці між максимальним та мінімальним розтягненням стінки артерій. Так, спочатку натискають проксимально розміщеним пальцем на стінку артерії так, щоб дистально розміщений палець зміг визначити характер артерії, коли вона не наповнена кров'ю. Потім натискати припиняють і отримують пальпаторне відчуття в момент максимального наповнення артерії кров'ю. За ступенем наповнення вирізняють **повний** і **пустий** пульс.

Величина пульсу. Величина пульсового поштовху об'єднує наповнення й напруження пульсу. Залежить від ступеня розширення артерії під час систоли й від її спадання в момент діастоли. Це, у свою чергу, залежить від наповнення пульсу, величини коливання артеріального тиску під час систоли і ді-

512

столи та еластичності судини. При збільшенні ударного об'єму крові, при значному коливанні тиску в артерії, а також при зниженні тонуусу стінки артерії величина пульсової хвилі зростає. Такий пульс називається **великим**.

На сфїгмограмі великий пульс характеризується високою амплїтудою пульсових коливань, тому його ще називають **високим**. Зменшення ударного об'єму, мала амплїтуда коливання тиску під час систоли та діастоли, підвищення тонуусу стінки артерії призводять до зменшення величини пульсових хвиль (*малий пульс*). Іноді при шоку, гострій серцевій недостатності, значній крововтраті величина пульсових хвиль така незначна, що її ледве можна визначити, — це **ниткоподібний пульс**. Частоту пульсу визначають щодня й результати заносять до температурного листка у вигляді крапок. Крапки з'єднують між собою червоним олівцем, утворюючи графічне зображення кривої частоти пульсу (табл. 42, а).

Таблиця 42, а. Частота пульсу в дітей різних вікових груп

Вік	Частота пульсу (за 1 хв)
Новонароджений (до 1 року)	140—170
Від 1 до 2 років	80—160
Від 2 до 6 років	80—130
Від 6 до 14 років	70—110
Від 14 до 18 років	60—100

Вимірювання температури тіла

Людині, як і всім теплокровним, притаманна постійна температура тіла, що не залежить від температури навколишнього середовища. Це забезпечується шляхом складних процесів терморегуляції, що зумовлені рівновагою між процесами теплоутворення та тепловіддачі. Теплоутворення є загалом результатом хімічних процесів. При цьому джерелом утворення тепла є процеси окислення (спалення) ендogenous вуглеводів, жирів, частково — білків, що відбуваються в усіх клітинах організму, переважно скелетних м'язів та печінки. Цей процес регулює центральна нервова система (передусім — гіпоталамо-гіпофізарна система), симпатичні волокна центральної нервової системи, гормони залоз внутрішньої секреції: щитоподібної — тироксин, надниркових — адреналін. Тепловіддача — результат переважно фізичних процесів — випромінювання та випаровування вологи з поверхні тіла (80 % тепла втрачається через шкіру), випаровування води в процесі дихання (13 %), 1 % тепла втрачається із сечею та випороженнями (мал. 113).

Температура тіла здорової людини в нормі становить у пахвовій ямці 36,4—36,9 °С, у ротовій порожнині — 37,1—37 °С, у прямій кишці та піхві — 37,3—37,5 °С. Летальний (смертельний) максимальний рівень температури становить понад 42,5 °С, мінімальний — нижче 33 °С. При таких рівнях температури виникають незворотні порушення обміну речовин та будови клітин, що несумісні із життям. Протягом доби температура тіла здорової людини може коливатися до ± 1 °С. Найвищою вона є о **16:00—18:00**, найнижчою —

513

о 3:00—6:00. Такі коливання можуть спричинювати характер харчування, інтенсивність праці м'язів, частково — температура навколишнього середовища (особливо при неправильному вдяганні). Рівень температури залежить від віку людини. Так, у дітей внаслідок більшої інтенсивності процесів обміну речовин та окисних процесів, що є необхідним для росту організму, температура тіла дещо підвищена, ніж у дорослої людини (36,9—37,2 °С). У людей похилого та старечого віку внаслідок фізіологічного зниження інтенсивності процесів обміну речовин та окисних процесів середня температура тіла є нижчою, ніж у людини середнього віку (36,0—36,5 °С). Улітку температура тіла може бути на 0,1—0,3 °С вищою, ніж узимку. Крім того, у жінок темпе-

514

ратура тіла дещо підвищується в період менструації і може становити 36,9—37,1 °С. Температура тіла залежить також від емоційного стану людини. Відомо, що в період емоційного напруження (у студентів перед іспитами, у акторів, спортсменів) температура тіла може підвищуватися порівняно зі спокійним станом на 0,2—0,6 °С. На окремих ділянках тіла людини температура різна (мал. 114). При підвищенні температури зовнішнього середовища теплові рецептори, що розміщені в шкірі та внутрішніх органах, подають аферентні сигнали до центру терморегуляції, який міститься в гіпоталамусі. Звідси йдуть еферентні сигнали, переважно по симпатичних нервах. Це призводить до зменшення теплопродукції (зниження інтенсивності процесу обміну речовин), збільшення тепловіддачі; розширюються кровоносні судини тіла, що зумовлює посилення випромінювання тепла та потовиділення. При зниженні температури зовнішнього середовища спрацьовують периферійні холодові рецептори та холодові рецептори внутрішніх органів. Шлях аферентних та еферентних імпульсів той самий, що й у попередньому випадку, але ефект від такого подразнення спрямований на посилення теплопродукції (посилення обміну речовин), зменшення тепловіддачі, звуження кровоносних судин, спазми непосмугова-них м'язів вивідних проток потових залоз (при цьому утворюється так звана гусяча шкіра), унаслідок чого зменшується віддача тепла шляхом його випромінювання та випаровування. У такий спосіб організм захищає себе від переохолодження.

Для вимірювання температури тіла найчастіше застосовують термометр "Термотест". Це полімерна пластинка, вкрита емульсією з рідких кристалів. Для вимірювання температури тіла пластинку накладають на будь-яку частину

515

тіла. При температурі 36—37 °С на пластинці зеленим кольором висвітлюється літера "ГЧ" ("Иогта"), а при температурі більше 37 °С — "Р" ("РеБгіз" — гарячка; мал. 115, а). Більш досконалі термометри можуть подавати індикацію в цифровому позначенні (мал. 115, б). Зазвичай температуру тіла вимірюють двічі на добу — між 7:00 та 9:00, між 17:00 та 19:00. Інколи (для виявлення прихованого ревматизму, туберкульозу тощо) температуру тіла вимірюють кожні 2—4 год. Найчастіше її вимірюють у пахвовій ямці. На практиці це найзручніше місце, однак дає не дуже точні результати, як при вимірюванні в порожнинах. Вимірювання температури тіла в ротовій порожнині є дуже точним, незалежно від температури навколишнього середовища, вологості шкіри тощо. Кожен пацієнт повинен мати індивідуальний термометр. Ртутний резервуар термометра слід тримати під язиком. Також точними є результати і при вимірюванні температури тіла в прямій кишці. Показане для маленьких дітей, надто виснажених та знесилених хворих, у яких тканини пахвової ямки охоплюють термометр нещільно, тому результати такого вимірювання є неточними; протипоказане — при затримці випорожнень (закреп), проносі, запаленні прямої кишки (проктит), геморої, що кровоточить, психічних захворюваннях та психічному збудженні пацієнта. У разі закрепу перед вимірюванням температури тіла слід поставити очисну клізму. Вимірювання температури тіла у піхві широко застосовують у гінекологічній практиці для виявлення порушень менструального циклу. Цей метод дає дуже точні результати. У кожної пацієнтки має бути індивідуальний термометр.

Заслуговує на увагу співвідношення температури тіла і частоти пульсу (табл. 43). Зазвичай при підвищенні температури тіла на 1 °С частота пульсу прискорюється на 8—10 пульсових коливань за 1 хв (правило Лібермейстера) у дорослих, у дітей — на 15—20.

Таблиця 43. Співвідношення температури тіла та частоти пульсу

Температура, °С	Пульс, за 1хв	Температура, °С	Пульс, за 1хв	Температура, °С	Пульс, за 1хв

36,5 37,0 37,5 38,0	72 78 84 90	38,5 39,0 39,5 40,0	96 102 108 114	40,5 41,0 41,5 42,0	120 126 132 138
------------------------	------------------------------	---------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------------------

У медицині використовують вимірювання температури:

- 1) тіла;
- 2) повітря в приміщеннях і в довкіллі;
- 3) повітря, води й пару в різних приладах;
- 4) води та інших речовин, які використовують для лікувальних процедур.

516

Температуру тіла вимірюють максимальним термометром (мал. 116, *а*). Отримав таку назву тому, що місце переходу капілярної трубочки у резервуар для ртуті звужене і трохи скривлене, що ускладнює рух стовпчика ртуті в цьому коліні. Тому при нагріванні ртуть повільно досягає відповідного рівня, а при припиненні нагрівання стовпчик ртуті не опускається, показує максимальну цифру, до якої дійшов. Для вимірювання температури шкіри використовують термометр для шкіри (мал. 116, *б*). Резервуаром для ртуті тут слугує скривлена спіральна трубка, яка розміщена в площині, що перпендикулярна до шкали. При вимірюванні температури цю трубку кладуть на шкіру по всій нижній поверхні. В Україні прийнято використовувати термометри зі шкалою Цельсія (°С), у багатьох країнах світу — зі шкалою Реомюра (°К), а в Англії — зі шкалою Фа-ренгейта (°Р) (табл. 44).

Таблиця 44. Перерахування показників температури тіла

Шкала	Показник					
Цельсія, °С	36	37	38	39	40	41
Реомюра, °К	28,8	29,6	30,4	31,2	32	32,8
Фаренгейта, °Р	96,8	98,6	100,4	102,2	104	105,8

Для обліку спостереження за хворим усі показники фіксують у температурному листку (мал. 117).

Коли порушується здатність організму регулювати взаємопов'язані процеси теплоутворення і тепловіддачі, температура тіла підвищується або знижується.

Догляд за пацієнтом у стані гарячки

Гарячка — це складна реакція організму на сильні подразники, одним із проявів якої є порушення теплопродукції з підвищенням температури тіла. Гарячкова реакція спрямована на вироблення тепла і підвищення температури самим організмом. Гарячки поділяють на інфекційні та неінфекційні. В обох випадках розвиток гарячки пов'язаний з дією на організм, особливо на його теплорегулюючі центри, особливих хімічних речовин (пірогенів). При інфекції — це мікробні токсини, продукти їхнього розпаду й обміну, а також особливі речовини, які утворюються в організмі внаслідок запалення і ушкодження тканин. При неінфекційних гарячках ці речовини можуть утворюватись при змертвінні тканин, крововиливах, введенні в організм чужорідного білка. Гарячкова реакція виникає при різних ушкодженнях центральної нервової системи, травмах, крововиливах, пухлинах, метастазах пухлин у печінку.

517

№ карти

Прізвище, ім'я та по батькові хворого

Температурний листок

<i>Дихання</i>	16	48	18	18	17	16	16								
<i>Маса тіла</i>															
<i>Випита рідина</i>	1200	1100	1150	1200	1200	1250	1100								
<i>Добова кількість сени</i>	900	800	800	900	750	1000	900								
<i>Випорожнення</i>	+	—	+	+	+	+	+								
<i>Ванна</i>	+	—	—	—	—	+	—								

Мал. 117. Температурний листок: 1 — крива пульсу; 2 — температурна крива (стовпчики означають рівень артеріального тиску)

518

Гарячка — патологічний процес, що характеризується порушенням процесів терморегуляції та підвищенням температури тіла. Спричинює певні патологічні явища в організмі.

1. Серцево-судинна система: прискорення пульсу (правило Лібермейсте-ра), підвищення артеріального тиску на початку гарячки та його різке зниження в її останній стадії (аж до розвитку колапсу).
2. Система органів дихання: прискорене та поверхневе дихання, погіршення легеневої вентиляції.
3. Система травлення: зменшення секреції слини (язик сухий, обкладений), зниження апетиту, кислотності шлункового соку, секреції різних травних залоз, що призводить до розвитку ендogenous отруєння організму (у кишках виникають різні бродильні процеси та процеси гниття).
4. Ендокринна система: активація системи гіпофіз—надниркові залози, викид глюкокортикоїдних гормонів, що гальмують процеси запалення, стимуляція секреції щитоподібної залози, що зумовлює підвищення основного обміну.
5. Центральна нервова система: гальмування функції кори великого мозку, безсоння, відчуття розбитості, швидкої втомлюваності, головний біль, можливі непритомність, марення, галюцинації.
6. Підвищення основного обміну за рахунок посилення окислення вуглеводів, а згодом — жирів, особливо за умови вичерпаності резервів вуглеводів. Це може призвести до їх недоокислення та накопичення в крові отруйних кетонових тіл.
7. Порушення білкового обміну за рахунок збільшеного розпаду білків, накопичення отруйних продуктів розпаду білків, наприклад сечовини.
8. Зміни водно-електролітного балансу.

Стадії гарячки

У перебігу більшості гарячок виділяють 3 стадії:

I. Стадія підвищення температури тіла (*ziacium incipiens*). Триває кілька годин, днів, тижнів.

Патогенез. Теплопродукція перевищує тепловіддачу. Тепловіддача зменшується внаслідок звуження периферичних судин, зменшення припливу крові до шкіри, гальмування потовиділення, зменшення віддачі тепла шкірою. Виникає скорочення непосмугованих м'язів волосяних цибулин — утворюється так звана гусяча шкіра (*piioagexia*). Теплопродукція збільшується за рахунок активації обміну речовин у скелетних м'язах (скорочувальний термогенез) на тлі підвищення м'язового тону та виникнення м'язового тремтіння.

Унаслідок зменшення припливу крові до шкіри її температура знижується, іноді на кілька градусів. Це призводить до збудження терморецепторів шкіри і виникнення ознобу (*zifog*). Як відповідь до центру терморегуляції надходять еферентні імпульси до рухових нейронів і виникає тремтіння скелетних м'язів.

Клінічна картина. Хворий скаржиться на озноб, головний біль, загальну слабкість, розбитість, біль у м'язах, посилене серцебиття, задишку, спрагу. Іно-

ді спостерігаються блідість шкіри, ціаноз кінцівок. Пульс прискорений, артеріальний тиск нормальний або підвищений. Дихання прискорене, поверхнєве. Язик обкладений. Іноді виникають закреп, затримка сечовипускання.

У цій стадії гарячки у хворого можливі непритомність, збудження, марення, галюцинації.

Догляд за хворими. У цей період стежать за пульсом, артеріальним тиском, диханням, станом свідомості, фізіологічними відправленнями, станом шкіри. Таким хворим звичайно призначають суворий постільний режим. Їх необхідно постійно зігрівати: тепло вкрити ковдрою, обкласти теплими грілками, давати у великій кількості теплі напої (чай, морси, відвар шипшини, соки). Багато уваги слід приділяти харчуванню таких хворих: призначають рідку або напіврідку висококалорійну їжу (дієта № 13), багато соків. Годувати хворих слід невеликими порціями, 5—6 разів на день. Іноді звертаються до штучного харчування — годувальні клізми, внутрішньовенне введення глюкози.

Оскільки ці хворі перебувають на постільному режимі, треба своєчасно подавати їм судно; сечоприймач. При закрепах слід виконувати очисну клізму. У разі затримки сечовипускання, особливо при непритомному стані, здійснюють катетеризацію сечового міхура. Стежать за станом шкіри (профілактика пролежнів), ротової порожнини. За призначенням лікаря вводять серцеві засоби, подають кисень.

Заходи, що зменшують гарячку і головний біль: холодні водно-оцтові примочки на голову, міхур з льодом на голову, обтирання тіла хворого водою кімнатної температури з оцтом, вологе обгортання оголеного хворого, оголювання хворого, увімкнення вентилятора.

При гіпертермії тяжкого перебігу, що не піддається ніяким лікувальним заходам, рекомендують: обкласти хворого міхурами з льодом, внутрішньовенно вводити охолоджений ізотонічний розчин натрію хлориду, ставити клізми з холодною водою.

II. Стадія збереження сталої температури тіла на високому рівні (*stadium alta-biie*) триває від кількох годин до кількох тижнів, залежно від виду хвороби та реактивності організму.

Патогенез. На початку стадії процеси теплоутворення та тепловіддачі приблизно врівноважені. Надалі тепловіддача збільшується, переважаючи теплопродукцію, температура тіла не підвищується. Включення тепловіддачі відбувається за рахунок розширення периферичних судин, тому блідість шкіри поступається місцем їй почервонінню. У хворого виникає відчуття жару. У цей період порушується обмін речовин за рахунок розпаду вуглеводів, жирів, білків; через відсутність апетиту та порушення секреції травних залоз зменшується всмоктування поживних речовин, посилюються процеси аутоінтоксикації організму.

Клінічна картина. Хворий скаржиться на відчуття жару, головний біль, біль у м'язах, спрагу, відсутність апетиту.

Можливе почервоніння шкіри, на дотик вона стає гарячою. Пульс прискорений.

Артеріальний тиск нормальний або знижений. Дихання прискоре-

не, поверхнєве. Язик сухий, вкритий густим білим нальотом. При поганому догляді на язиці можуть з'явитися тріщини. Іноді виникають явища психічного збудження, запаморочення, непритомність.

Догляд за хворими такий, як і при I стадії гарячки, з певними особливостями. Уживання рідини має бути ще інтенсивнішим. До ~ того ж, якщо хворий уживає сульфаніламідні препарати, які можуть осідати у сечовивідних шляхах у вигляді піску або камінців, слід да-

вати йому лужне пиття (мінеральну воду боржом, молоко з натрію гідрокарбонатом). Якомога більше обмежити споживання кухонної солі. Потреба у вітамінах підвищується, тому необхідно збільшити вживання фруктових соків, додати до раціону відвару шипшини. Хворий у II стадії гарячки часто буває дуже збудженим (може за- , лишити відділення, вистрибнути з вікна тощо). Тому важливо пильно стежити за хворим, його необхідно ізолювати та поставити біля нього індивідуальний пост. Ліжко треба огородити бічними сітками.

Через дефіцит слиновиділення у гарячкових хворих часто спостерігається сухість слизових оболонок ротової порожнини аж до утворення кірок і тріщин на губах та язиці. Тому слід обробляти ротову порожнину 3 % розчином натрію гідрокарбонату, 10 % розчином бури на гліцерині, змащувати губи вазеліновим маслом. З метою видалити з поверхні шкіри накопичені продукти обміну і покращити видільну функцію шкіри потрібно здійснювати вологе обтирання хворого, своєчасно змінювати вологу натільну та постільну білизну.

III. Стадія зниження температури тіла. У цій стадії утворення тепла в організмі знижується, а тепловіддача зростає. Зниження температури тіла може відбуватися двома шляхами — критичним (мал. 118, а) та літичним (мал. 118, б).

Критичне зниження температури тіла (*сгум*). Хворий, як правило, перебуває у тяжкому стані. Температура тіла може швидко, протягом кількох годин, знижуватися від 41—40 °С до 37—36 °С. У цей час можливі гостра серцева та судинна слабкість (колапс), здатна призвести до смерті. Вона проявляється певною клінічною картиною. Хворі скаржаться на загальну

521

слабкість, відчуття холоду, озноб, похолодання кінцівок, спрагу, головний біль, безсоння, серцебиття, задишку.

При об'єктивному дослідженні виявляють блідість шкіри, яка змінюється на ціаноз. Вона вкривається холодним липким потом. Кінцівки стають холодними. Пульс прискорений, малий (ниткоподібний), артеріальний тиск різко знижується, іноді до загрозливого рівня, дихання стає прискореним та поверхневим. Хворий непритомніє, зіниці розширюються, можливі судоми.

Догляд за хворими у цій стадії буває загальним та спеціальним. Загальний догляд включає зігрівання теплими грілками і великою кількістю теплового питва. Оскільки після цього з'являється потовиділення, хворого необхідно обтирати сухим рушником, часто переодягати у суху чисту білизну, змінювати постільну білизну.

Спеціальний догляд включає спостереження за пульсом, артеріальним тиском, диханням, станом свідомості, фізіологічними відправленнями організму. Для покращання кровопостачання мозку необхідно, щоб голова хворого розміщувалася нижче ніг, тому слід забрати подушку, ножний кінець ліжка підняти на 30—40 см. За призначенням лікаря медична сестра вводить серцеві препарати, препарати, що підвищують артеріальний тиск (кофеїн, сульфо-камфокаїн, мезатон, адреналіну гідрохлорид), внутрішньовенно вводить багато рідини (глюкозу з вітамінами, ізотонічний розчин, натрію хлорид, поліг-люкін), заспокійливі та протисудомні препарати.

Літичне зниження температури тіла (*лут*) від високих до нормальних цифр відбувається протягом 2—3 діб. Стан хворого поступово покращується. У цей час він потребує великої кількості рідини, висококалорійної вітамінізованої дієти, частієї зміни постільної та натільної білизни (з причини надмірного потіння).

Боротьба з гіпертермією (гіперпірексією)

Гіперпірексія (*Нурегругехія*), або гіпертермія (*Нурегієгітія*), — це порушення теплового балансу організму, яке характеризується підвищенням температури тіла, що може призвести до тяжкого стану хворого або навіть до його загибелі. Типовими прикладами гіпертермічного синдрому є гарячка, тепловий та сонячний удар.

Тепловий удар супроводжується гіпертермією внаслідок перегрівання організму при посиленій теплопродукції і недостатній тепловіддачі. Тепловий удар може розвинутися і при посиленому фізичному навантаженні, коли людина одягнена в щільний, особливо шкіряний або синтетичний одяг, у приміщеннях з підвищеною вологістю і високою температурою повітря. Тепловий удар зумовлюють перевтома, перенесені захворювання, голод тощо. Тепловий удар, який виникає внаслідок дії на організм прямого сонячного випромінювання, називається **сонячним ударом**. Симптоми цих патологічних станів подібні.

Тепловий удар розвивається переважно раптово. Провісниками його можуть бути загальна слабкість, головний біль, запаморочення, спрага, сонли-

522

вість, позіхання, похитування при ходьбі, серцебиття, прискорене дихання, гіперемія обличчя, судоми, нудота, блювання, носові кровотечі. У деяких випадках хворий раптово непритомніє і падає. Обличчя бліде з ціанотичним відтінком, покрите липким потом. Реакція зіниць на світло відсутня. Шкіра на дотик холодна, водночас при вимірюванні ректальної температури виявляється гіпертермія (40—41 °С). При підвищенні ректальної температури до 42 °С може настати смерть. Дихання поверхневе, нерівномірне, пульс ниткоподібний, 120—140 за 1 хв. Тони серця глухі. У тяжких випадках розвивається кома, яка призводить до смерті при явищах гострої серцево-судинної слабкості.

При тепловому ударі хворого потрібно негайно винести в прохолодне приміщення або на свіже повітря, розстібнути комір, покласти в горизонтальне положення з трохи піднятими нижніми кінцівками й опущеною головою. Прикласти холод (міхур з льодом, холодний компрес) на ділянку серця, голову, пахвові складки.

Фізичні та хімічні методи охолодження (мал. 119) при гіпертермії: повітряні ванни при відкритому вікні (навіть узимку), обдування тіла за допомогою вентилятора, вологе обгортання всього тіла хворого, іноді в поєднанні з увімкненням вентилятора, обтирання шкіри водно-спиртовим або водно-оцтовим роз-

523

чином до появи гіперемії, обкутування вологим простирадлом, холодний компрес (оцтово-водяний) на голову, застосування міхура з льодом на голову, на ділянки, де розташовані великі судини (печінка, верхня третина передньої поверхні стегна); обкладання усього тіла міхурами з льодом, холодне пиття, застосування клізм з холодною (10—15 °С) водою. При підвищенні температури тіла понад 38—38,5 °С фізичні методи охолодження можна застосовувати лише після використання хіміотерапевтичних засобів, які усувають спазм судин шкіри і впливають на центри терморегуляції, інакше охолодження буде посилювати теплопродукцію і збільшувати гіпертермію.

524

Відзначаються деякі особливості перебігу гарячки в дітей та осіб похилого віку. Зокрема, механізми терморегуляції в дітей недосконалі. Немає врівноваженості між теплопродукцією і тепловіддачею. Дитина дуже легко втрачає тепло і не може швидко й ефективно обмежити тепловіддачу, оскільки в ранньому віці ще не вироблена адекватна судинозвужувальна реакція на дію холоду. Унаслідок недосконалості центру терморегуляції в дітей багато захво-

рувань супроводжується гіпертермією. При стійкій гіпертермії порушується функція нервової системи, виникають галюцинації, судоми, непритомність.

У людей похилого віку теплопродукція знижена, що призводить до того, що при гарячці температура підвищується незначно або не підвищується зовсім.

Залежно від *ступеня підвищення температури тіла* розрізняють: 1) субфебрильну температуру тіла — від 37 до 38 °С; 2) фебрильну — від 38 до 39 °С; 3) високу — від 39 до 40 °С; 4) надвисоку — від 40 до 41 °С; 5) гіперпіретичну — понад 41 °С (мал. 120, 121).

За *тривалістю* розрізняють такі види гарячки:

1. Швидкоминуча — триває декілька годин; трапляється при грипі, респіраторних вірусних інфекціях.

2. **Гостра** — триває до 2 тиж.; характерна для гострого бронхіту, пневмонії.

3. **Підгостра** — триває 15—45 днів; характерна для ревматизму в стадії загострення, хронічного бронхіту.

4. **Хронічна** — триває понад 45 днів; характерна для туберкульозу, хронічного тонзиліту, сепсису.

За *характером температурної кривої* розрізняють такі типи гарячки:

1. **Гарячка постійна, або стала**, — рівень температури зазвичай високий, різниця між ранковою та вечірньою температурою тіла коливається в межах 0,5—1 °С, характерна для крупозної пневмонії, черевного та висипного тифу, ревматизму (мал. 122, а).

2. **Гарячка послаблювальна, ремітивна** — різниця між ранковою та вечірньою температурою коливається в межах 1—2 °С, а іноді й більше; уранці температура тіла знижується нижче 38 °С, але не до нормального рівня. Характерна для гноячкових захворювань, вогнищового запалення легень (мал. 122, б).

3. **Гарячка переміжна, інтермітивна**, спостерігається періодично, приблизно через рівні проміжки часу (від 1 до 3 діб); у більшості випадків різке підвищення температури тіла (частіше у другій половині дня, іноді вночі) на декілька годин із подальшим її зниженням до нормального рівня. Характерна для малярії (мал. 122, в).

4. **Гарячка виснажлива, гектична** — це тривала гарячка з добовими коливаннями температури, що доходять до 4—5 °С, з підвищенням температури тіла до 40—41 °С увечері та вночі та ранковим її зниженням до субфебрильних або нормальних величин. Ці коливання температури спричинюють надто тяжкий стан хворого. Спостерігається при сепсисі, гноячкових захворюваннях, активному туберкульозі з розпадом легеневої тканини (мал. 122, г).

525

5. **Гарячка поворотна** — чергування кількадедних гарячкових періодів із безга-рячковими (періоди апіреksії). Характерна для поворотного тифу (мал. 122, г).

6. **Гарячка зворотна, або інвертована**, — подібна до гарячки гектичної, але максимум температури спостерігають уранці, а ввечері вона знижується до нормальних або субфебрильних величин. Характерна для сепсису, тяжких форм туберкульозу (мал. 122, д).

7. **Гарячка хвилеподібна, або ундуляційна**, — поступове підвищення температури тіла протягом певного терміну з подальшим її літичним зниженням та більш-менш тривалим безгарячковим періодом. Характерна для лімфограну-льоматозу, бруцельозу (мал. 122, е).

8. **Гарячка нерегулярна, атипова** — непевна тривалість із неправильними та різноманітними добовими коливаннями температури тіла у вигляді постійної, послаблювальної, переміжної, поворотної та інших гарячок та їх різних поєднань. Характерна для багатьох захворювань, наприклад для ревматичної гарячки, хронічного бронхіту, холециститу (мал. 122, є).

Пам'ятайте!

- Життєві показники надають інформацію про те, як функціонує організм людини. Дуже важливо акуратно вимірювати й записувати ці показники.
- Активність та емоції можуть змінити частоту пульсу, частоту дихання й артеріальний тиск.

- Точнішого визначення частоти дихання можна досягти, коли пацієнт не здогадується про проведення підрахунку.

- Артеріальний тиск у кожної людини різний і день у день може дещо змінюватися.

Чинники, що впливають на частоту пульсу: емоції, фізичні вправи, біль, гарячка, втрата крові, сон, деякі лікарські засоби, депресія.

Чинники, що впливають на частоту дихання: фізичні вправи, біль, гарячка, втрата крові, сон, деякі лікарські засоби, депресія.

Чинники, що впливають на величину артеріального тиску: дієта, маса тіла, фізичні вправи, куріння, спадковість, вік, стрес, алкоголь.

Догляд за тяжкохворими і пацієнтами у стані агонії

До категорії тяжкохворих належать пацієнти з ускладненим перебігом хвороби, яка не піддається ефективному лікуванню або має несприятливий прогноз. Стан таких пацієнтів часто проявляється глибокими порушеннями найважливіших функцій організму — нервової діяльності, дихання, кровообігу, травлення, виділення.

Найчастіше тяжкохворі перебувають на ліжковому режимі, однак у деяких випадках, попри тяжкий характер захворювань (злоякісні новоутворення, променева хвороба, хвороби крові, СНІД, деякі органічні хвороби нервової системи), у початковий період їх розвитку такі пацієнти можуть перебувати на звичайному режимі.

527

Тяжкий стан пацієнта можуть спричинити різні захворювання, навіть ті, що не є тяжкими, але їх перебіг характеризується стійкістю до лікувальних заходів або розвитком різноманітних ускладнень. У тяжкохворих поступово виснажуються захисні сили організму в боротьбі із захворюванням, пригнічується функціональна активність органів і систем, що часто призводить до численних загострень недуги і навіть до смерті.

Однак перебіг і наслідки навіть досить складного захворювання значною мірою визначають якість догляду за пацієнтами, своєчасне і добросовісне виконання призначень лікаря. Стан тяжкохворих може змінюватися в будь-який момент, тому вони потребують постійної уваги і мають бути під систематичним медичним наглядом протягом усього періоду тяжкого стану. З метою забезпечення догляду за тяжкохворими організовують індивідуальний пост.

Медичний персонал індивідуального поста має регулярно стежити за зовнішнім виглядом пацієнта, його диханням, пульсом, артеріальним тиском, сечовипусканням, спорожненням кишок. Про всі виявлені порушення медична сестра негайно повідомляє лікаря.

Особливо ретельного догляду потребують тяжкохворі, які тривало перебувають на ліжковому режимі. У таких пацієнтів довгочасне перебування у ліжку може призвести до порушень функцій серцево-судинної системи, органів дихання і травлення, спричинити зміни психіки, виникнення пролежнів.

Для запобігання цим хворобливим станам слід скрупульозно дотримувати заходів загального догляду: періодична зміна положення пацієнта в ліжку, своєчасна заміна натільної і постільної білизни, дотримання особистої гігієни, санітарно-гігієнічного і лікувально-охоронного режиму в палаті. Годувати тяжкохворих потрібно 5—6 разів на день, їжу давати невеликими порціями, у межах визначеного лікарем дієтичного раціону.

Тяжкохворому їжу необхідно подавати із напувальника. При непритомному стані застосовують парентеральне або ректальне (за допомогою клізми) уведення харчових продуктів.

У зв'язку з частими порушеннями фізіологічних відправлень тяжкохворі потребують допомоги при сечовипусканні і дефекації. У разі виникнення мимовільного сечовипускання або нетримання калу пацієнтам допомагають у користуванні гумовим підкладним судном, сечоприймачем або калоприймачем.

Систематичного догляду потребують пацієнти, які перебувають у збудженому стані. Вони нерідко проявляють надмірну фізичну і психічну активність, збудливість, намагаються

втекти з палати, часто створюють конфліктні ситуації і навіть демонструють наміри до суїцидальних дій.

У таких ситуаціях медичний персонал має заспокоїти пацієнта, переконати його в необхідності залишатися в ліжку. При виникненні судом, для того щоб пацієнт не випав із ліжка, уздовж вільного краю приладнують сітку або дошку. Біля нього організують індивідуальний черговий пост. Пацієнтів у стані фізичного і психічного збудження необхідно ізолювати від інших пацієнтів. З цією метою доцільніше розміщувати їх в окремій палаті.

528

Догляд за пацієнтом у стані коми

Особливої уваги потребують пацієнти з різко пригніченою свідомістю або непритомні, наприклад у коматозному стані.

Кома — особливий патологічний стан організму, який супроводжується пригніченою свідомістю або повною непритомністю. У таких пацієнтів сповільнюється активність різноманітних фізіологічних функцій — серцевої діяльності, акту сечовипускання, дефекації, секретії травних соків. Порушується дихання (стає глибоким і шумним), можуть з'явитися судоми, фізичне і психічне збудження. Коматозний стан організму може бути спричинений різноманітними патологічними чинниками — травми, запальні процеси і пухлини головного мозку, психічні захворювання, ниркова недостатність, цукровий діабет, отруєння наркотичними засобами, алкоголем, барбітуратами, транквілізаторами.

Несвоєчасне надання пацієнтові у стані коми необхідної медичної допомоги може призвести до тяжких ускладнень і навіть до смерті. Виняткове значення має також систематичний медичний догляд, здійснення якого в повному обсязі може забезпечити загальний успіх лікування.

Найчастіші ускладнення коми — набряк мозку, порушення терморегуляції, розлади дихання, кровообігу, водно-сольового обміну. Тривале перебування пацієнта в малорухливому стані може зумовити появу пролежнів у ділянці попереку, сідниць, лопаток, п'яток, литок. Часто не стулюються повіки, через що висихає рогівка. При судомах можуть виникнути травматичні ушкодження язика, м'яких тканин і навіть переломи кісток.

Пацієнт у стані коми потребує постійного нагляду. Необхідно враховувати, що кома найчастіше виникає у тяжкохворих, які тривало перебувають на ліжковому режимі, унаслідок ускладнень їх основного захворювання. Слід пам'ятати, що поява найменших ознак порушення, насамперед свідомості — загрозливий симптом, який може свідчити про розвиток коми. Тому про кожний факт таких порушень медичний персонал, який доглядає за пацієнтом, має повідомити лікаря.

Пацієнтів у стані коми доцільно розміщувати на функціональних ліжках у відділеннях реанімації або інтенсивної терапії. Для запобігання нудоті і блюванню їх транспортують, не піднімаючи узголів'я ліжка. Слід регулярно стежити за шириною зіниць та їх реакцією на світло, систематично перевіряти наявність рогівкового рефлексу. Про останнє свідчитиме захисна реакція ока у відповідь на легке доторкування ватної пушинки до білкової оболонки ока (склери).

Необхідно постійно стежити за частотою і глибиною дихання, наповненням і ритмом пульсу, рівнем артеріального тиску. Поява глибокого шумного дихання (дихання Куссмауля), зниження його глибини і частоти, різке зниження артеріального тиску, поява неритмічного пульсу і зменшення його наповнення можуть свідчити про розвиток стану коми, особливо коли такі ускладнення супроводжує непритомність. Важливе значення має облік діурезу, а також реалізація визначеного лікарем водного режиму. Слід враховувати, що і перевантаження пацієнта рідиною, і недостатнє її введення в організм однаково небезпечні, насамперед для функціонального стану серцево-судинної і сечової систем.

529

Особливої складності набуває організація харчування пацієнтів у стані коми. За повної неприємності пацієнта годують через зонд, який вводять у шлунок через нижній носовий хід. Зондове харчування має на меті забезпечити введення в організм продуктів із загальною енергетичною цінністю 2000—2500 ккал і рідини в кількості 1—1,5 л. Через зонд можуть бути введені 5 % розчин глюкози, препарат емульгованого жиру інтраліпід, амінозол, гідролізат казеїну, розчини вітамінів, насамперед групи В і С, електролітів — калію, натрію, кальцію, магнію.

Загальний медичний догляд за пацієнтом у стані коми має тісно поєднуватися зі спеціальним, який вимагає чіткого і своєчасного виконання медичним персоналом маніпуляцій і процедур, визначених лікарем.

Особливої уваги потребують заходи з профілактики і лікування трофічних уражень шкіри — пролежнів, які часто з'являються у пологих ділянках тулуба (поперек, сідниці, потилиця, лопатки, литки) унаслідок порушення в них місцевого кровообігу (мікроциркуляції) за умови малорухомого стану організму. З метою профілактики пролежнів хворому необхідно кожні 2—3 год змінювати положення у ліжку, протирати шкіру спини, сідниць, потилиці, лопаток, п'ят камфорним спиртом, одеколоном, що розведений водою, етиловим спиртом. Для поліпшення венозного кровообігу доцільно систематично проводити масаж шкіри цих ділянок і опромінювати їх суберитемними дозами кварцу.

За вимушеного положення лежачи під тазові ділянки пацієнта підкладають заповнений повітрям гумовий круг або використовують гумовий гофрований матрац. Також можна використовувати спеціальні гумові кільця, які підкладають під сідниці.

Пацієнта у стані коми не слід одягати у натільну білизну (сорочку, кальсони тощо), яка може стиснювати шкіру в окремих ділянках, а також ускладнювати виконання заходів загального і спеціального догляду, зокрема проведення ін'єкційних маніпуляцій і процедур. Натомість постільну білизну потрібно замінювати своєчасно за появи перших ознак її забруднення блювотними масами, їжею, кров'ю, сечею, калом, ін'єкційними розчинами, напоями. Не можна допускати, щоб хворий залишався на вологому, забрудненому або зім'ятому простирадлі. Замінюють у такий спосіб: пацієнта обережно перевертають на бік і переміщують на край ліжка, до якого він був повернений обличчям. Потім забирають гумовий круг. Забруднені простирадло і клейонку згортають уздовж і підкладають валиком під пацієнта. На звільненому місці розстеляють чисту суху клейонку, зверху якої кладуть свіже і тепле (щойно випрасуване) простирадло, згорнувши його також уздовж, але в протилежному напрямку. Краї чистого простирадла підкладають під матрац, пацієнта перевертають і розміщують боком на свіжому простирадлі. Використану білизну знімають, а перемінну розправляють на ліжку. Пацієнта повертають горілиць, під його сідниці підкладають гумовий круг, а простирадло розправляють на ліжку, натягуючи його за протилежні краї.

530

У пацієнтів у стані коми часто охолоджується тіло, тому в них виникає потреба в застосуванні грілок. Проте слід зауважити, що застосування водних грілок потребує постійного контролю за станом шкіри, адже внаслідок трофічних порушень її опік може статися навіть за температури 40—45 °С. Суттєві переваги має використання електричних грілок з регулятором температури нагрівання.

Розплющені очі пацієнта слід прикривати повіками або закривати марлею, змоченою 1 % водним розчином борної кислоти. Щоб запобігти висиханню очей, доцільно закапувати їх 1—2 краплями риб'ячого жиру. Волосся, особливо у жінок, слід регулярно розчісувати індивідуальним гребінцем. Надто довге — сплітати у косу і закривати косинкою або шматком марлі.

У стані фізичного збудження пацієнтів фіксують до ліжка. Для цього використовують рушники або широкі ватно-марлеві прокладки, зверху яких накладають спеціальні

фіксувальні манжети, якими закріплюють кінцівки. Для фіксації тулуба використовують лямки, їх просовують під пахви і закріплюють на передній частині грудної клітки так, щоб не надто її стискати. У стані спокою кінцівки коматозного хворого слід розміщувати у фізіологічному положенні — дещо зігнутими у колінних та ліктьових суглобах.

Взаємини між медичним персоналом і пацієнтами та їхніми родичами

Виняткове значення у лікуванні тяжкохворих і в медичному догляді за ними має створення духовної атмосфери оздоровчого процесу, що спрямовано на активацію захисних сил організму в боротьбі з хворобою. З-поміж численних аспектів цієї проблеми виключно важливу роль відіграють стосунки медичного персоналу з хворими і їх родичами.

У спілкуванні з пацієнтом конче важливо вкарбувати у його свідомість переконання, що загальний успіх лікування залежить не лише від лікарських засобів, а й значною мірою від морально-психічного ставлення пацієнта до лікувального процесу. Він має знати, що надія, віра в одужання є могутніми лікувальними чинниками, які здатні посилювати, потенціювати вплив на організм інших лікарських засобів. Натомість, зневіра, песимізм не лише пригнічуватимуть його настрій, а й негативно впливатимуть на перебіг захворювання.

За жодних обставин пацієнт не має помітити в очах і діях медичного персоналу щонайменших ознак тривоги чи розпачу. Екстремальні ситуації або прояви хвороби — кровотеча, блювання, судоми, задуха, навіть зупинка серця — не повинні викликати у медичних працівників розгубленість і переляк. Вираз обличчя лікаря або медичної сестри у кожній, навіть досить критичній ситуації, має лишатися спокійним, а їх професійні дії — швидким і, чіткими і впевненими.

Не слід навіювати пацієнтові думок про несприятливу динаміку його захворювання. Навіть у випадках тяжкої хвороби про її прогноз необхідно говорити з ним у благонадійному, оптимістичному тоні. Важливо враховувати, що деякі тяжкохворі здогадуються або повністю обізнані з істинною суттю захворювання. У таких пацієнтів надмірний оптимізм медперсоналу здатний викликати лише зневіру і роздратування. Тому в такому разі слід об'єктивно

531

пояснювати пацієнтові складність його захворювання, повідомляти про можливі ускладнення, але щоразу закінчувати бесіду в обережно оптимістичному тоні: "Ваша хвороба тяжка, тому потрібно набиратися сил і терпіння, аби витримати пік її перебігу; далі все налагодиться". Або: "Вам доведеться у нас тривалий час полежати. Аби побороти хворобу, доведеться застосувати чимало сучасних ліків, робити чимало уколів, аналізів, інструментальних досліджень. Але все це треба перетерпіти, і ваш стан неодмінно поступово поліпшуватиметься. Наш досвід лікування таких захворювань, як ваше, переконує в цьому". Якщо пацієнтові невідомо про свій діагноз, така інформація не має надходити до нього від медичного персоналу, який доглядає його. Усе, що може сказати хворому медична сестра або молодший медичний персонал, необхідно заздалегідь погоджувати з лікарем. Існують випадки, коли пацієнт, дізнавшись від медичної сестри про дійсний стан свого захворювання, у відчаї вчиняв самогубство. Здебільшого хворі на тяжкі захворювання намагаються "спіймати" кожне слово, сказане медичним персоналом, і на свій розсуд його тлумачити. Тому під час обстеження пацієнта, особливо з чутливим, емоційним характером, не варто в його присутності використовувати незрозумілі або напівзрозумілі для нього терміни (трансторакальний, інтрамуральний, пара-центез, некроз, метастаз, онкопроцес), або деякі емоційно пригнічуючі психіку пацієнта епітети (поширений, дифузний, тяжкий, кров'янистий, прогресивний, незагойний, деструктивний тощо).

Усе, про що говорить медичний персонал у присутності пацієнта, мусить бути витримане в оптимістичному тоні. Інформацію, яка може зашкодити йому, слід передавати лікарю за відсутності пацієнта.

Часом пацієнт може проявити надмірну роздратованість і невдоволення результатами лікування або догляду. Тому в цій ситуації медичний персонал має виявити якнайбільше поблажливості і поступливості, зважаючи на те, що така реакція хворого здебільшого зумовлена не рисами його характеру, а психічним станом унаслідок тяжкого захворювання. Слід проявити максимум такту і уваги до пацієнта, аби надати йому впевненості, що все робиться і робитиметься в повному обсязі для його видужання. Важливу роль у психічному стані хворого і перебігу його захворювання відіграє загальна атмосфера взаємин, що панує у відділенні. Коли пацієнт спостерігає спокійну, впевнену роботу медичних працівників, він починає вірити фахівцям, яким довірив своє здоров'я. За цих умов у пацієнта формується сприятливий психологічний контакт з персоналом відділення, що істотно зумовлює підвищення ефективності лікувального процесу.

Натомість, при виконанні лікарських призначень середній медичний персонал має проявити наполегливість і принциповість, знайти відповідні слова і психологічні прийоми, аби переконати пацієнта в необхідності проведення певної маніпуляції чи процедури. У цих випадках недоречні ані фамільярність і кокетство, ані нарочиті зверхність і офіційність.

532

Неабияку роль у загальному догляді за пацієнтами, які перебувають у тяжкому стані, зокрема у комі, відіграє суворе дотримання лікувально-охоронного режиму. Неприпустимі гучні викрики або команди в коридорі (навіть коли ситуація потребує термінових дій), суперечки між персоналом, метушня під час виконання процедур. Усі негаразди в обслуговуванні пацієнта і виконанні інших професійних завдань слід вирішувати у тиші і злагоді. Слід завжди враховувати, що підвищення голосу не сприяє прискоренню професійних дій, а лише негативно впливає на виробничий процес і ефективність лікування хворих.

Нерідко тяжкохворі неохайні, у них часто забруднюється натільна і постільна білизна. Медичний персонал не може висловлювати пацієнтові свого невдоволення, тим паче у брутальній формі; навпаки, слід заспокоїти його, дати зрозуміти, що все це хоч і неприємно, але звичайна річ за умов тяжкого стану. Необхідно обмежити його хвилювання, наприклад так: "Не хвилюйтесь, зараз замінимо вам білизну і все буде гаразд".

Стаціонарні хворі, особливо зі складним і тривалим перебігом захворювання, гостро відчують відірваність від сім'ї, друзів, переживають відлучення від домашньої атмосфери і виробничого оточення. Медичний персонал має бути тактовним і розуміти стан пацієнта, аби зменшити негативні психологічні наслідки відчуття самотності. Отже, важливо створити доброзичливу, спокійну атмосферу спілкування хворого з родичами і друзями, оберігати від зайвих відвідувань, дотримувати їхньої тривалості, визначеної лікарем. Медичний персонал не повинен залишати наодинці тяжкохворого і родичів, яким дозволено відвідувати його. Відвідувачів потрібно застерегти стосовно інформації, яку не варто передавати хворому. Наприклад, не слід повідомляти тяжкохворим про раптову хворобу або смерть їхніх родичів чи близьких знайомих.

У стосунках із родичами медичний персонал може надати їм більше інформації про стан пацієнта, аніж йому самому. Зокрема у разі тяжкого перебігу або прогресування хвороби необхідно повідомити про реальний прогноз, однак не в категорично безнадійній формі ("пацієнт цілком безнадійний", "зараз пацієнтові ніщо не допоможе"), а дещо обережно "Справи пацієнта надто складні. Усе може статися, але ми не втрачаємо надії. Робитимемо все необхідне, аби зберегти йому здоров'я і життя". Не варто пропонувати родичам шукати дефіцитний лікарський засіб. Адже якщо його не застосують і пацієнт помре, не виключено, що родичі вважатимуть, що саме через відсутність засобу це сталося. У такому разі пропонування лікарського засіб не відіграє вирішального значення в еволюції хвороби або його можна замінити на інший з аналогічною дією. Але у близьких пацієнта спрацьовує побутовий стереотип: відсутність ліків спричинила смерть.

Слід пам'ятати, що медичний догляд за пацієнтами у тяжкому стані, як і вся професійна діяльність медичного персоналу у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, потребує виняткової психологічної стійкості, фізичної витривалості і високого душевного благородства. Осіб черствих, байдужих, фізично кволих, з неврівноваженою психікою не варто допускати до такої роботи.

533

ПОМИРАННЯ І СМЕРТЬ

При догляді за пацієнтами як у лікарнях, у будинках догляду за старими й інвалідами, так і в домашніх умовах медичний персонал стикатиметься з хворобами, травмами й іншими медичними проблемами. Медичні сестри працюють із пацієнтами і допомагають їм набиратися сил, заохочувати їх бути як можна більш активними, щоб поліпшити своє здоров'я і, якщо це можливо, видужати. Однак захворювання не завжди завершується видужанням. Іноді смерть настає зненацька, а іноді по завершенні тривалої боротьби. У силу того що медичним працівникам доведеться зіткнутися зі смертю пацієнтів, для них важливо розуміти і знати певні факти про смерть та вмирання, необхідно знати, як вони можуть надати емоційну підтримку родині і близьким померлої людини.

Коли хто-небудь помирає, медичним працівникам найчастіше доводиться мати справу з безліччю почуттів з приводу смерті:

- їхніми власними почуттями, почуттями помираючого;
- почуттями інших пацієнтів, особливо друзів помираючого;
- почуттями членів родини помираючого.

Надзвичайно важливо знати, що необхідно в цій ситуації зробити для себе й інших людей.

Обговорення проблем смерті і вмирання

Більшість людей відчують дискомфорт під час розмов із помираючою людиною чи членами його родини про смерть і вмирання, тому що в них ще дуже сильні почуття, пов'язані з недавньою втратою. Ці почуття можна назвати "незавершеними" справами.

Такими незавершеними справами можуть бути:

- провина з приводу того, що вони могли б зробити, але не зробили;
- гнів із приводу страждань людини;
- полегшення від того, що людина незабаром позбудеться болю;
- смуток, тому що вони відчували близькість і прихильність до людини як до члена родини, а людина померла;
- завжди корисно обговорити незавершені справи з другом чи просто з людиною, якій ви довіряєте.

Чому деякі люди примиряються зі смертю ?

- Вони знають, що смерть покладе кінець болю і залежності.
- Вони думають, що прожили гарне життя і виконали велику частину того, що хотіли виконати.
- Вони вважають, що їхня смерть — це Божа Воля. Вони вірять у життя після смерті.
- Вони відчують себе тими, кого знають і люблять, що про них пам'ятатимуть і сумуватимуть після того, як їх не стане.

Чому деякі люди бояться смерті?

- Вони вважають, що смерть буде болючою, а вони бояться болю.
- У них є незавершені справи — що-небудь таке, що вони хотіли б зробити до того, як померти (наприклад бабуся до смерті хоче побачити дорослими своїх онуків).

534

- Вони не задоволені своїм життям (*наприклад хворий на алкоголізм може бажати мати можливість пожити тверезим життям до того, як помре*).
- Вони відчувають провинку стосовно чого-небудь (*людина, яка шкодує, що проводила мало часу зі своїми дітьми*).
- Вони бояться, що усім буде байдуже, що вони померли.

П'ять емоційних стадій сприйняття смерті і помирання

Одна із засновниць руху "Усвідомлення смерті" доктор Елізабет Кублер-Рос визначила п'ять стадій емоцій, які можуть виникнути у помираючої людини: *заперечення, гнів, ведення переговорів, депресія і примирення з думкою про неминучість*. Кожна людина проходить ці стадії по-своєму і може переміщуватися між цими стадіями то вперед, то назад.

Як морально підготувати себе до зіткнення зі смертю у процесі роботи ?

Скорбота є тим почуттям, через яке проходять люди, що переживають особисті втрати. Втрата може відбутися в багатьох ситуаціях, наприклад, у випадку, якщо кохана людина переїжджає в інше місто, втрата роботи, помирає людина, яку добре знаємо. Скорботу з приводу смерті людини можуть відчувати не тільки члени родини і близькі, й інші люди, що його знали, і люди, що здійснювали догляд за ним.

Природна реакція на втрату близької людини — це послідовність почуттів, які наш мозок використовує для надання нам допомоги у хвилину вболівання.

- Ми можемо відчувати шок від події, яка сталася. Іноді шок настільки сильний, що ми заперечуємо сам факт того, що сталося.
- Коли шок і заперечення слабшають, як це звичайно і трапляється, ми можемо відчувати гнів і хочемо звинуватити того, хто (чи що), на нашу думку, став (стало) причиною наших страждань.
- Гнів іноді звернений на нас самих, і така стадія вболівання відома за назвою депресії; ми звинувачуємо себе в тому, що не зробили всього можливого, аби запобігти втраті.
- За підтримки і допомоги з боку турботливих людей, як правило, вступаємо в заключну стадію уболівання, названу примиренням із думкою, і спроможні прийняти втрату та продовжувати наше життя, незважаючи ні на що.

Пам'ятайте, що не всі люди проходять через усі стадії вболівання і не всі люди проходять через них однаково, а деякі люди можуть "застрягти" на одному з етапів.

Корисні поради, які варто пам'ятати при проходженні через процес уболівання

- Пам'ятайте, що ви добре знаєте деяких людей і вони ставляться до вас як до членів родини. Якщо хто-небудь із таких пацієнтів або підопічних помирає, будьте готові до того, що будете відчувати смуток.
- Поговоріть з ким-небудь про ваші почуття, якими б вони не були: полегшення — людина позбулася болю; провинка — ви не змогли зробити для неї більше; гнів — члени родини відвідували її занадто рідко.
- Згадайте про те, що ви пережили разом з цією людиною: як про хороше, так і про погане.
- По можливості візьміть участь у похороні.

535

Фахівець з догляду відіграє важливу роль у догляді за людиною на заключному етапі життя. Критичним елементом такого догляду стає спілкування.

ДОГЛЯД ЗА ТІЛОМ ПОМЕРЛОГО

У суспільстві нам не часто доводиться бачити мертве тіло чи торкатися його. Дивні відчуття з'являються в людини при виконанні будь-якої нової справи.

Смерть і тіло людини після смерті вкриті таємницею — люди створюють для себе уявну картину, не маючи при цьому конкретних знань, і уява може їх завести досить далеко.

Ми усі бачили фільми жахів і чули жахливі розповіді про смерть і мертві тіла.

Навіть тоді, коли ми знаємо, що в цих розповідях не міститься і частки правди, вони все одно залишають після себе відчуття страху.

На відчуття людей найчастіше впливають їхні релігійні вірування стосовно смерті.

Смуток, який відчуваємо, коли хто-небудь помирає, спричинює відчуття дискомфорту в той момент, коли ми перебуваємо поруч із тілом померлого.

Почуття медичних працівників стосовно тіла померлого цілком природні. Незалежно від того як людині хочеться виражати свої почуття — плачем, сміхом (іноді сміх є способом подолання почуття незручності) чи спробою уникнути перебування біля тіла — усі ці прояви природні. Однак хороший фахівець із догляду не може дозволити своїм почуттям перешкодити виконанню необхідної роботи. Якщо фахівець із догляду відповідає за посмертний догляд, він повинен виконати його заради самої людини і членів його родини.

Іноді корисно поговорити з ким-небудь про ваші почуття після завершення процесу.

Право людини на повагу і конфіденційність зберігається і після смерті.

При забезпеченні посмертного догляду завжди слід дотримувати загальних заходів обережності. Деякі релігії передбачають, щоб посмертний догляд забезпечувався представником релігійної громади, тому будьте готові до спільних дій.

Таким чином, особливо важливо запам'ятати таке:

- що більше розумієте свої почуття з приводу смерті, то краще підготовлені до того, аби допомогти іншим людям здійснити перехід від життя до смерті. Фахівець із догляду може багато чого зробити для того, аби допомогти людям, їхнім родинам, друзям при зіткненні зі смертю.
- Як фахівці із догляду, тобто люди, що допомагають пацієнтам або підопічним у домашніх умовах або в будинках догляду за особами похилого віку й інвалідами жити гідно й оточеними турботою, ви можете виявитися тією людиною, що допоможе їм померти гідно й оточеними турботою. Це особлива роль, і до неї необхідно ставитися з усією серйозністю. Ваші почуття щодо смерті й помирання не мають перешкодити вам у виконанні обов'язків стосовно пацієнта або підопічного в будинку для осіб похилого віку і його родини. Не так важливо, якщо не знаєте, що можна сказати в той момент, коли людина помирає, а просто будьте з нею поруч і слухайте — це надзвичайно важливо.
- Із кожною тяжкою ситуацією, враховуючи смерть, легше мати справу, якщо у вас є з ким про неї поговорити. Забезпечуючи посмертний догляд,

536

керуйтеся шістьма принципами догляду, і насамперед — дотримуйте конфіденційності і поважайте гідність.

Надання допомоги людям при зіткненні зі смертю

Фактори, що впливають на реакцію людини на смерть:

- вік;
- культурні традиції;
- завершеність справ;
- релігія;
- родина і близькі.

Як допомогти людині, яку переслідує страх смерті?

Спровокуйте людину на розмову про її почуття.

Якщо вона сама почне цю розмову, сядьте з нею поруч і слухайте.

Скажіть їй, що розумієте її страх.

Запитайте, що вона хоче, аби зробили робітники, коли вона помре.

Запитайте її, кому належить подзвонити у разі її хвороби чи смерті? Скажіть їй, що ви відразу ж повідомите її родину чи близьких.

Скажіть, що ви й інші співробітники зробите все можливе, щоб полегшити її стан у момент смерті.

Скажіть, що ви або хто-небудь обов'язково буде з нею поруч у момент смерті.

Як допомогти помираючій людині?

Сядьте поруч із ліжком так, щоб вона не почувалася самотньою.

Скажіть їй, що ви будете поруч і що ви подбаєте про неї. Говоріть це навіть людині, яка перебуває в комі. Вона може вас почути.

Доторкніться до неї — до руки, плеча чи до чола. Такі дотики справляють заспокійливу дію і дають людині знати, що ви поруч.

Запитайте її, чи не хоче вона, щоб ви почитали їй Біблію чи іншу релігійну книгу.

Зробіть усе від вас залежне, щоб полегшити стан помираючої людини: змініть її положення, поправте подушки, білизну, дайте попити чи поїсти.

Підтримуйте в кімнаті тишу.

Як допомогти родині помираючої людини?

Належно сприймайте почуття родини. Пам'ятайте, почуття не можуть бути правильними чи неправильними.

Родина може відчувати смуток чи полегшення від того, що людина помирає. Кожне з цих почуттів має право на існування. Запитайте членів родини, чи хочуть вони побути наодинці з помираючим, але залишайтеся при цьому за дверима кімнати.

Запитайте членів родини, чи не потрібно їм що-небудь (вода, кава, їжа чи ліжко, на якому можна відпочити).

Спонукайте членів родини торкатися помираючого і розмовляти з ним. Вони можуть не знати усього, що знаєте ви, наприклад, що помираючим потрібні дотики, чи люди, які перебувають в коматозному стані, можуть чути.

537

Дайте їм знати, що ви доглядали за людиною, що відчували до неї, і що вам особливо запам'яталося про цю людину. Ви можете плакати і показувати членам родини свої почуття стосовно цієї людини.

Для того щоб дати членам родини зрозуміти, що вам небайдужа ця ситуація, також доторкніться до їхнього плеча чи руки.

Знайдіть час, щоб вислухати члена родини, якому необхідно поділитися своїми почуттями.

Однак не давайте цій бесіді відволікати вашу увагу від самого помираючого.

Як допомогти іншим людям, коли хтось поруч помирає?

Не забудьте повідомити про смерть, яка сталася, іншим пацієнтам або підопічним у будинку догляду за особами похилого віку та інвалідами.

Спонукайте пацієнтів або підопічних поділитися власними спогадами про померлу людину, допоможіть їм згадати усе хороше.

Надавайте інформацію про смерть, яка сталася. Інші пацієнти або підопічні захочуть довідатися кілька фактів:

- 1) як ця людина померла;
- 2) де вона померла і що вона в цей момент робила;
- 3) чи відчувала в момент смерті біль чи ні;
- 4) хто перебував із нею поруч?

Вислухайте пацієнтів або підопічних, які хочуть поділитися своїми страхами щодо власної смерті чи смутком з приводу втрати друга.

Спонукайте тих людей, що можуть ходити, відвідати похорон.

Паліативна допомога — це комплексний підхід, мета якого — забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини шляхом запобігання стражданням та полегшення їх завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та ужиття адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Головними суб'єктами отримання паліативної допомоги є пацієнти з активною фазою розвитку онкологічних, церебро- та серцево-судинних хвороб, у термінальних стадіях СНІДу, туберкульозу, цукрового діабету, хворі з нейро-дегенеративними сенільними станами.

Головна мета паліативної допомоги: підтримка якості життя в його фінальній період, максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, збереження людської гідності пацієнта на порозі неминучого — закінчення біологічного життя.

Паліативне лікування має бути доступним для хворого цілодобово і надаватися в обсязі, прийнятному для пацієнта, відповідно до затверджених стандартів і клінічних протоколів. Паліативна допомога може надаватися з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта вдома, у поліклініці (як консультативна послуга) або стаціонарних лікувально-профілактичних закладах будь-яких форм власності з використанням різних організаційних форм

538

медичного обслуговування, у тому числі у денному стаціонарі, спеціалізованих стаціонарах (хоспісах або відділеннях паліативної допомоги). Наприклад, якщо хворий хоче одержувати паліативну допомогу вдома, медичні працівники можуть навчити його родичів, близьких або сусідів, які його доглядають, правильно давати йому призначені лікарем препарати, а також надавати інші види медичної і психологічної допомоги. Вони також повинні мати можливість звертатися за потреби до медичних працівників за консультацією.

Створено хоспіси для дітей, неврологічні хоспіси, хоспіси, у яких надається допомога хворим на СНІД тощо. Однак досі більша частина хоспісних ліжок (від 50 % до 90 %) у різних країнах призначена для онкологічних хворих. Хоспіси також різняться за формою надання паліативної допомоги. Поширені хоспіси в домашніх умовах (у розвинутих країнах — близько 70 %), хоспіси вихідного дня.

У хоспісах надається не тільки медична, а й психологічна та духовна допомога. Пацієнти різні, різних професій, різних віросповідань (якщо людина віруюча). Після госпіталізації хворого медичні працівники мають дізнатися в родичів, чи пацієнт людина віруюча, до якої конфесії належить. Вони мають знати, якщо є потреба спілкування з духівником, то з яким саме — ксьондзом, рабином чи православним священиком.

За кордоном значно поширене поняття "медичне капеланство" — це коли при хоспісах та відділеннях паліативної допомоги весь час "чергує" духовна особа, зазвичай сестра милосердя.

Капелан є насамперед людиною довіри. Він має дати можливість людям вірити в те, що ми можемо довіряти йому і довіряти одне одному. Визначною рисою капелана є його терпимість у налагодженні контакту з хворою або вмираючою людиною, саме в критичній життєвій ситуації — тоді, коли найбільше потрібна допомога.

Цінність капеланського служіння полягає також у духовному опікуванні над медичним персоналом. Медичний персонал — це такі самі люди, що потребують опіки, оскільки щоденно стикаються з невимовними стражданнями людей.

Умирання та його періоди. Правила поведіння з тілом померлого

Стан, що межує між життям і смертю, називають **термінальним** (від лат. *iegmina III* — кінцевий).

Клінічна динаміка вмирання включає такі патологічні процеси:

- 1) припинення діяльності серця;
- 2) зупинка кровообігу;
- 3) порушення функції мозку;
- 4) непритомність (протягом 1—2 с);
- 5) розширення зіниць (20—30 с);
- 6) зупинка дихання;

7) переагональний стан: свідомість сплутана, шкіра бліда з ціанотичним відтінком, ниткоподібний пульс визначається тільки на сонних, стегнових артеріях; відмічається тахікардія. Систолічний тиск — до 9,3 кПа (70 мм рт. ст.). Дихання часте, неглибоке;

539

8) термінальна пауза (від 10 с до 4 хв) характеризується тимчасовим згасанням функції кори великого мозку, дихального центру, серця; артеріальний тиск знижується до нуля, дихання припиняється;

9) агонія характеризується глибокими і рідкими дихальними рухами. Пацієнт неначе намагається захопити повітря відкритим ротом, але дихання неефективне, бо м'язи вдиху та видиху скорочуються одночасно. Серце на деякий час посилює роботу, систолічний тиск може збільшитися до 100 мм рт. ст. Нерідко у пацієнтів прояснюється свідомість. Після цього стан погіршується і настає клінічна смерть. Агонія може тривати від 1—2 хв до кількох годин. Вона характеризується непритомністю, зміною вигляду обличчя. У таких пацієнтів відвисає нижня щелепа, мутніє рогівка ока, шкіра обличчя набуває землісто-сірого кольору, часто з'являються мимовільні виділення сечі і калу. У стані агонії у пацієнтів знижуються температура тіла, артеріальний тиск, зменшуються наповнення і напруження пульсу, дихання стає рідким і поверхневим. Зіниці розширюються і не реагують на світло;

10) клінічна смерть.

Медичну допомогу пацієнтам у стані агонії необхідно надавати в ізольованій кімнаті, краще в палаті інтенсивної терапії. За такими пацієнтами необхідно організувати постійний нагляд (біля їх ліжка встановлюють індивідуальний черговий пост медичної сестри). Медична сестра має оперативно і чітко виконувати всі призначення лікаря, стежити за динамікою стану пацієнта і про всі виявлені зміни негайно повідомляти лікаря.

У пацієнтів у стані агонії інтенсивно розвиваються запальні процеси у ротовій порожнині, тому медичний персонал має регулярно стежити за станом слизової оболонки рота. Її систематично за допомогою шпателя очищують від слизу, залишків їжі. З цією метою на шпатель намотують шматок марлі або бинта. Зубні протези перед процедурою видаляють. При западанні язика за допомогою язикотримача його витягають із рота і лише після цього виконують гігієну ротової порожнини (мал. 123).

Заходи індивідуальної гігієни у пацієнтів необхідно поєднувати із застосуванням засобів дотримання загальної гігієни, гігієни палати, ліжка, лікувально-охоронного режиму.

Важливим і водночас складним, насамперед у технічному плані, є забезпечення пацієнтів у стані агонії повноцінним харчуванням. Якщо хворий спроможний самостійно споживати їжу, медична сестра всіляко допомагає йому в цьому; за відсутності такої можливості застосовують штучне харчування.

Для оперативного надання зручного положення у ліжку, забезпечення технічних засобів у реалізації фізіологічних відправлень (сечовипусканні, дефекації) таких пацієнтів доцільніше розміщувати на функціональному ліжку. Щоразу після сечовипускання і акту дефекації підмивають ділянку промежини, регулярно оглядають ділянки тіла (сідниці, лопатки, лікті, куприк), на яких можуть утворитися пролежні; при найменших трофічних змінах на шкірі здійснюють необхідні заходи для запобігання їх подальшому розвитку. У

540

пацієнта з нетриманням сечі застосовують гумове судно, за неможливості самостійного сечовипускання — гумовий катетер.

У тяжкохворих і пацієнтів у стані агонії нерідко виникають екстремальні зміни стану здоров'я, які можуть призвести до смерті, а тому потребують невідкладного вирішення діагностичних питань і термінового проведення спеціальних оживлюючих лікувальних заходів. Серйозність ситуації і обмежений час для прийняття правильних рішень вимагають від медичного персоналу виняткової мобілізованості, чіткості і добросовісності при виконанні заходів і прийомів догляду, уміння раціонально організувати свою діяльність із надання невідкладної медичної допомоги пацієнтові у стані агонії.

У палатах інтенсивної терапії, у яких найчастіше перебувають такі пацієнти, діагностична апаратура, лікарські засоби, прилади для надання невідкладної допомоги мають бути завжди у повній справності і комплектності. Напоготові мають бути дерев'яний щит, який підкладають під пацієнта під час виконання реанімаційних заходів у випадку раптової смерті, дефібрилятор, апарати для штучного дихання.

Медичні працівники мають володіти методами виконання найпростіших способів оживлення організму в разі припинення серцевої діяльності і дихання, що може виникнути в пацієнтів у стані агонії, а іноді і за інших екстремальних ситуацій — утоплення, сонячний удар, електротравма тощо.

Оживлення організму називається реанімацією. Реанімація — комплекс заходів, які спрямовані на відновлення різкопригнічених життєво важливих функцій організму, насамперед дихання і серцевої діяльності.

За неефективності реанімаційних заходів або внаслідок тяжкого перебігу захворювання настає смерть.

Смерть — незворотні зміни, що відбуваються у структурах мозку. Розрізняють смерть *клінічну* і *біологічну*. Біологічна смерть часто настає після клінічної. Необхідно знати найважливіші диференціальні ознаки клінічної і біологічної смерті. У стані клінічної смерті своєчасні реанімаційні заходи можуть оживити організм, натомість, при біологічній смерті їх проведення позбавлене сенсу.

Клінічна смерть — це стан, у якому перебуває організм протягом декількох хвилин після припинення кровообігу та дихання, коли повністю зникають усі зовнішні прояви життєдіяльності, але в тканинах ще не настали незворотні зміни.

Основні ознаки клінічної смерті — зупинка дихання, серцебиття. Ознаками клінічної смерті також є блідість шкіри (землисто-сірий колір), непритомність, розслаблення м'язів, відвисання нижньої щелепи, втрата больової

541

чутливості, мутніння рогівки ока, розширення зіниць і відсутність їх реакції на світло, відсутність артеріального тиску, поступове охолодження тіла, ЕКГ-ознаки — асистолія або фібриляція. Мимовільні сечовипускання та дефекація.

Тривалість стану клінічної смерті — від 4 до 6 хв.

Біологічна смерть — це незворотне припинення життєдіяльності організму, яке настає після клінічної смерті.

Зовнішніми ознаками біологічної смерті є відсутність тону м'язів, м'якість очних яблук, втрата чутливості, поступове охолодження тіла до температури навколишнього середовища, розширення зіниць і відсутність їхньої реакції на світло.

Вірогідними ознаками є зниження температури тіла нижче 20 °С; наявність трупних плям, поява трупної залякості, "котячого ока" (при бічному стисненні очного яблука зіниця набуває овальної форми, що нагадує звужену зіницю ока кішки); сухість і втрата еластичності шкіри, виникнення своєрідних синюшного кольору плям на пологих ділянках тулуба (спина, плечі, попереки, сідниці, стегна, литки); незворотні зміни в клітинах головного мозку.

Лікар констатує смерть пацієнта. Реєструє в історії хвороби точний час, коли вона настала.

Правила поводження з трупом. Після настання біологічної смерті з померлої людини знімають одяг, розміщують горілиць і розгинають кінцівки. Нижню щелепу підв'язують бинтом і стуляють повіки. Після цього накривають тіло простиралом і на 2 год залишають у ліжку. Коштовності померлої людини вилучають у відділенні в присутності лікаря і передають на збереження. Якщо не вдається зняти обручки, перстені тощо, роблять відповідний запис в історії хвороби і труп відправляють у морг разом з коштовностями. При утворенні трупних плям на стегні записують прізвище, ім'я та по батькові, номер історії хвороби. На додаток до історії хвороби заповнюють супровідну записку до моргу, де зазначають діагноз, дату і час смерті.

Після появи трупних плям тіло померлого у супроводі медичної сестри доставляють до моргу для проведення патологоанатомічного дослідження (секції). Речі померлого (одяг, гроші, коштовності тощо) передаються родичам під розписку; особисті предмети померлих від особливо небезпечних інфекцій (чума, холера) спалюють одночасно з трупом.

Перелік практичних навичок

1. Вимірювання зросту й зважування пацієнта (див. "Типи лікувально-профілактичних закладів. Лікувально-охоронний режим лікувально-профілактичних закладів. Приймання пацієнта до стаціонару").
2. Підрахунок частоти дихальних рухів і реєстрація даних.

542

3. Дослідження пульсу на променевій артерії і реєстрація даних.
4. Вимірювання артеріального тиску і реєстрація даних.
5. Вимірювання артеріального тиску пацієнтом.
6. Вимірювання температури тіла і реєстрація даних у температурному листку.
7. Вимірювання добового діурезу і визначення водного балансу.
8. Спостереження за пацієнтами із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення і сечової системи.
9. Догляд за пацієнтом при кашлю.
10. Догляд за пацієнтом при кровохарканні.
11. Надання першої медичної допомоги при болю в серці.

Підрахунок частоти дихальних рухів і реєстрація даних

Мета: визначення стану дихальної і серцево-судинної систем. *Показання:* захворювання органів дихання і серцево-судинної системи, висока температура тіла. *Послідовність дій*

1. У положенні пацієнта лежачи взяти його руку як для підрахунку пульсу і разом зі своєю рукою покласти на груди пацієнта.
2. За екскурсією грудної клітки (вдих, видих) підрахувати кількість дихальних рухів за 1 хв (у нормі — 16—20 за 1 хв).
3. Під час підрахунку кількість дихальних рухів пацієнт не має фіксувати свою увагу на цій процедурі. У маленьких дітей підрахунок проводять під час сну, підносячи до носа дитини фонендоскоп.
4. Результат підрахунку занести у температурний листок. По горизонталі крапками зеленого кольору відмітити частоту дихальних рухів, по вертикалі — дату. При з'єднанні крапок отримують криву частоти дихальних рухів.

Дослідження пульсу на променевій артерії і реєстрація даних

Мета: оцінювання функціонального стану серцево-судинної системи. *Показання:* захворювання, що впливають на стан серцево-судинної системи. *Послідовність дій*

1. Взяти руки пацієнта, що вільно звисають долонями вниз (праву — лівою, ліву — правою).
2. II, III та IV пальцями притиснути променеву артерію на рівні I пальця.
3. Дати характеристику пульсу:
 - а) синхронність — збіжність пульсових ударів на обох руках (при синхронності пульсу подальші їхні характеристики визначають по одній руці);

- б) ритмічність;
 - в) частота;
 - г) наповнення; г) напруження;
- 543

д) у температурному листку позначити частоту крапками червоного кольору;
є) залежність частоти пульсу від температури: при підвищенні температури тіла пацієнта на 1 °С пульс частішає (у дорослих — на 8—10 пульсових коливань, у дітей — на 15—20 пульсових коливань).

Вимірювання артеріального тиску і реєстрація даних

Мета: визначення стану серцево-судинної системи.

Показання: захворювання серцево-судинної системи, контроль за станом здоров'я.

Підготувати: тонометр або апарат Ріва — Роччі, фонендоскоп. *Послідовність дій*

1. Положення пацієнта — сидячи або лежачи, рука розігнута, долонею догори, на одному рівні з апаратом.
2. На оголене плече лівої руки пацієнта накласти манжетку на 2—3 см вище ліктьового згину, між манжеткою і рукою має проходити палець, трубка манжетки звернена донизу.
3. З'єднати трубку манжетки з манометром апарата і закрити вентиль.
4. Визначити пальцем пульсуючу ліктьову артерію і прикласти до неї фонендоскоп.
5. Спостерігаючи за стрілкою манометра, нагнітати грушею повітря трохи вище передбачуваного (мал. 124).
6. Відкрити вентиль і, повільно випускаючи повітря, спостерігати за шкалою манометра.

544

7. Відмітити цифру, на рівні якої з'явився перший удар пульсової хвилі, — вона має відповідати верхньому (систоличному) тиску; цифра манометра, на рівні якої зникли пульсові хвилі, відповідає нижньому (діастолічному) тиску.
8. Роз'єднати трубки, зняти манжетку.
9. Дані занести в температурний листок олівцем червоного кольору у вигляді заштрихованого прямокутника, верхня межа прямокутника відповідає систолічному тиску, нижня межа — діастолічному (у температурному листку величина однієї поділки, відповідно до шкали артеріального тиску, дорівнює 5 мм рт. ст.).
10. Показник артеріального тиску в дорослих дорівнює **100/60—140/90** мм рт. ст. (добові коливання в межах 10—20 мм рт. ст.). Уранці тиск дещо нижчий, ніж увечері. Залежно від різних фізіологічних процесів — втома, збудження, споживання їжі — рівень артеріального тиску може змінюватися. З віком артеріальний тиск дещо підвищується.
11. Якщо тиск нижче 100/60 мм рт. ст. — гіпотензія, вище 140/90 мм рт. ст. — гіпертензія.
12. Пульсовий тиск — різниця між систолічним і діастолічним тиском (40—50 мм рт. ст.).
13. Дані вимірювання артеріального тиску позначити із точністю до 5 мм рт. ст.
14. Виміряти в разі потреби артеріальний тиск 2—3 рази з інтервалом 2—3 хв, при цьому повітря з манжетки випускайте повністю.

Примітка: не можна накладати манжетку поверх одягу, а також здавлювати плече щільно закатаним рукавом одягу, адже може бути порушена точність вимірювання артеріального тиску.

Вимірювання артеріального тиску пацієнтом

Підготувати: тонометр, фонендоскоп, зошит. *Послідовність дій*

1. Перед вимірюванням артеріального тиску пацієнт має відпочити не менше 15 хв.

2. Накласти манжетку на ліве плече (на нижню третину плеча — на 3—5 см вище ліктьового згину) так, щоб між нею і шкірою вільно проходив один палець.
3. Визначити пульсацію артерії на плечі і закріпити над місцем пульсації головку фонендоскопа (діафрагма має щільно прилягати до шкіри — мал. 125, а).
4. Уставити у вуха фонендоскоп.
5. Узяти в ліву руку манометр, у праву руку — "грушу" так, щоб пальцями (великим і вказівним) можна було закривати й відкривати вентиль (мал. 125, б).
6. Нагнітати повітря у манжетку і зафіксувати момент, коли зникають звуки пульсових хвиль, підвищити тиск ще приблизно на 30 мм рт. ст. (4 кПа).

545

7. Потім поступово знижувати тиск у манжетці шляхом дозованого відкриття вентиля.
8. Пацієнт має спостерігати за показниками манометра: поява перших пульсових хвиль відповідає величині максимального (сistolічного) тиску артерії; з подальшим зниженням тиску в манжетці тони при вислуховуванні слабшають та зникають, момент їх зникнення відповідає мінімальному (діа-столічному) тиску (мал. 125, в, г).
9. Записати результат у вигляді дробу, наприклад систолічний/діастолічний — 120/70.

Вимірювання температури тіла і реєстрація даних у температурному листку

Підготувати: медичний термометр, банку з 1 % розчином хлораміну Б, температурний листок.

546

Послідовність дій

1. Вимірювати двічі на день уранці (з 6-ї до 8-ї години) і ввечері (з 16-ї до 18-ї години), в окремих випадках — кожні 3 год.
2. Термометр витерти насухо.
3. Струсити його, щоб ртуть опустилась у резервуар до показника шкали 35 °С.
4. Протерти насухо пахвову ділянку пацієнта і помістити термометр ртутним резервуаром у пахвову ямку так, щоб він з усіх боків контактував зі шкірою. Попросити пацієнта притиснути плече до грудної клітки (перед поставленням термометра необхідно оглянути пахвову ділянку: за наявності гіперемії, місцевих запальних процесів термометрію проводити не можна, оскільки показники будуть вищими за температуру всього тіла).
5. Через 10 хв витягти термометр, записати показник у температурний листок, термометр занурити в банку з 1 % розчином хлораміну Б (мал. 126).
6. Вимірювання температури в ротовій порожнині. Процедура проводять тільки для притомних дорослих:
 - а) помістити термометр під язик, між нижньою поверхнею язика і дном ротової порожнини так, щоб його резервуар торкався бічної частини кореня язика, і попросити пацієнта притримувати губами корпус термометра; будьте уважні, щоб пацієнт випадково не ушкодив термометр зубами та не травмував ротову порожнину (мал. 127, а);
 - б) через 5 хв визначити показник термометра, дані занести в температурний листок.

547

7. При вимірюванні температури в прямій кишці:

- а) укласти хворого на бік;
- б) термометр змастити вазеліном на 1/2 його довжини й обережно ввести у відхідник так, щоб ртутний резервуар занурився за внутрішній сфінктер прямої кишки;
- в) температура в прямій кишці на 0,5—0,8 °С вища від температури в паховій ямці; не можна проводити ректальну термометрію при захворюванні прямої кишки (мал. 127, б).

Вимірювання добового діурезу і визначення водного балансу

Мета: визначення стану сечової системи.

Показання: захворювання сечової системи, контроль за функціональною здатністю нирок при різних ускладненнях.

Підготувати: медичні терези, мірну колбу, чисту банку на 3 л. *Послідовність дій*

1. Уранці натще, після спорожнення сечового міхура й кишок, зважити пацієнта, показники занести в температурний листок.
2. Запропонувати пацієнту зібрати сечу за добу в один посуд.
3. Визначити загальну кількість сечі за допомогою мірної колби (добовий діурез).
4. Підрахувати загальну кількість ужитої протягом доби рідини (враховуючи фрукти, перші страви).
5. Отримані результати занести в температурний листок (наприклад, введено — 1400 мл, виділено — 1000 мл) або в листок обліку водного балансу.
6. Підрахувати співвідношення кількості вжитої рідини і виділеної сечі (водний баланс). Діурез вважають позитивним, якщо кількість виділеної сечі дорівнює 75—80 % від ужитої рідини.

Спостереження за пацієнтами із захворюваннями органів дихання, серцево-судинної системи, органів травлення і сечової системи

1. Загальне спостереження: стан свідомості; положення пацієнта в ліжку (активне, пасивне, вимушене); вираз обличчя; колір і вологість шкіри; наявність набряків (місцеві, загальні); частота дихання, його ритм, наявність клекітливого дихання; пульс і його характеристика.
2. Визначити температуру тіла; наявність пульсації в тих місцях, де її не має бути.

Зафіксувати основні симптоми, які характеризують:

- стан органів дихання (кашель, виділення мокротиння, кровохаркання);
- стан кровообігу (біль у ділянці серця, дані пульсу й артеріального тиску);
- стан органів травлення (огляд ротової порожнини, огляд випорожнень, блювотних мас);
- стан органів сечової системи (ниркова колька, зміна кількості і зовнішнього вигляду сечі).

548

Догляд за пацієнтом при кашлю

Підготувати: гірчичники або банки, відро для ножних ванн, тепле питво (молоко, воду боржом), кишенькову плювальницю (на дні — 3 % розчин хлораміну).

Послідовність дій

1. Допомога під час сухого кашлю:
 - а) відмітити ритм, темп, час і умови появи кашлю;
 - б) визначити, чи супроводжує напад кашлю блювання;
 - в) зробити гарячі ножні ванни;
 - г) якщо відсутні протипоказання, поставити гірчичники або банки на грудну клітку;
 - г) дати випити тепле пиття.
2. Допомога хворому при вологому кашлю:
 - а) мокротиння збирати лише в плювальницю з гарно притертим корком;
 - б) обов'язково звертати увагу на кількість і характер мокротиння;

в) у разі потреби плювальницю звільнити від мокротиння, добре промити, на дно налити трохи 3 % розчину хлораміну. За великої кількості мокротиння пацієнтові необхідно надати положення, за якого мокротиння краще відходить (дренажне положення).

Примітка: палата, де перебувають хворі пацієнти, має добре провітрюватися. Вологе прибирання з дезрозчином проводити 3 рази на добу. Завжди під час кашлю пацієнт має прикривати рот хустинкою або серветкою.

Догляд за пацієнтом при кровохарканні

1. Догляд за пацієнтом при сильному кровохарканні або раптовій легеневої кровотечі невідомої етіології:

- а) спостерігати за зовнішнім виглядом, станом, різними функціями пацієнта;
- б) про зміни повідомляти лікаря;
- в) створити повний фізичний і психічний спокій пацієнтові;
- г) укласти пацієнта обличчям донизу, без подушки, підняти ножний кінець ліжка; у такому положенні має перебувати 4—5 год;
- г) холод на грудну клітку;
- д) якщо кровотеча не припиняється — медикаментозне лікування згідно з призначенням лікаря.

2. Догляд за пацієнтом при кровохарканні туберкульозної етіології:

- а) повідомити лікаря;
- б) створити повний фізичний і психічний спокій;
- в) холод на грудну клітку;
- г) укласти пацієнта обличчям донизу з підняттям ногового кінця ліжка.

549

Надання першої медичної допомоги при болю в серці

Послідовність дій

1. З'ясувати у пацієнта характер болю, його локалізацію, тривалість, зв'язок із фізичним або нервовим напруженням, наявність чи відсутність ефекту від застосування препаратів, що розширюють судини.
2. В усіх випадках виникнення болю в серці лікування починати із призначення нітрогліцерину або валідолу під язик. Якщо нітрогліцерин пацієнт застосовує вперше, то він має розтерти його між пальцями і злизувати невеликими порціями до зникнення болю.
3. За відсутності ефекту до приходу лікаря призначити анальгетики і поставити гірчичники на ділянку, де локалізований біль.
4. Обережно ставитись до оцінювання ефективності знеболювання.
5. Погано біль у грудній клітці купірується при інфаркті міокарда, емболії легеневої артерії, пневмотораксі.
6. В усіх випадках пацієнту необхідно створити спокій і негайно викликати лікаря.

Можливі проблеми пацієнта

(на прикладі розв'язання ситуаційних задач)

1. Пацієнт Ж., 55 років, хворіє на ревматичну гарячку (ревматизм), занепокоєний своїм станом. Зауважує, що дуже погано спить уночі. Складіть план догляду при порушенні сну внаслідок відчуття тривоги.

План догляду в разі порушення сну через відчуття тривоги (неспокою)

(результат догляду зареєструвати в протоколі до плану)

Проблема

Мета

Сестринські втручання

1. Порушення сну через тривожний стан пацієнта, пов'язаний з його перебуванням у лікарні
Тривоги не буде, сон покращиться

1. Заохочувати пацієнта виявляти свої почуття під час прибуття до лікарні або впродовж усього часу його перебування в лікарні. Провести первинне сестринське оцінювання якості сну та звичайного рівня тривожності пацієнта.
2. Бути готовою вислухати пацієнта та дати пораду, а також надавати психологічну підтримку впродовж усього періоду його перебування в лікарні.
3. Намагатися забезпечити пацієнту спокійну, комфортну навколишню обстановку, беручи до уваги його індивідуальні особливості та прохання.
4. Відповідно до призначень давати йому снодійні або знеболювальні препарати (снодійний через 15 хв після знеболювального). Спостерігати за ефективністю цих препаратів.
5. Упевнитись у тому, що пацієнт повністю усвідомлює важливість сну для свого найшвидшого одужання

550

2. На прийомі у поліклініці пацієнту М. (хворий на артеріальну гіпертензію) лікар рекомендував контролювати свій артеріальний тиск 3 рази на добу. Але пацієнт не вмів вимірювати артеріальний тиск. Медична сестра складала план, щоб навчити пацієнта методиці вимірювання артеріального тиску.

План навчання пацієнта вимірювати артеріальний тиск

(результати навчання зареєструвати в протоколі до плану)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1. Не володіє методикою вимірювання артеріального тиску	1. Оволодіти методикою вимірювання артеріального тиску. 2. Проводити самоконтроль артеріального тиску	1. Надати необхідні письмові рекомендації. 2. Навчити пацієнта методиці вимірювання артеріального тиску доступними для пацієнта темпами. 3. Ознайомити пацієнта з будовою тонометра (манжетка, груша, манометр) та фонендоскопа. 4. Попередити пацієнта, що він має відпочити перед вимірюванням артеріального тиску протягом 15 хв. 5. Навчати згідно з алгоритмом "Вимірювання артеріального тиску пацієнтом". 6. Упевнитись у тому, що пацієнт правильно зрозумів техніку вимірювання артеріального тиску, спитавши його про це, і попросити повторити навчання. За потреби надати рекомендації, якщо пацієнт не може запам'ятати послідовність дій. 7. Дати пацієнту можливість висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання. Надати відповіді (та пояснення) на всі запитання пацієнта. 8. Рекомендувати і заохочувати участь членів родини в догляді за пацієнтом (за умови згоди пацієнта)

3. Пацієнт терапевтичного відділення Б. скаржиться на погане самопочуття, ломоту в усьому тілі, головний біль, відчуття холоду, озноб. Температура тіла 38,2 °С. Складіть план догляду. Через 2 год у пацієнта температура тіла підвищилась до 40,2 °С, він збуджений, марить, на щоках рум'янець. Складіть план догляду.

Через декілька хвилин температура тіла підвищилась до 41,2 °С. За призначеннями лікаря було введено жарознижувальні препарати. Через кілька годин температура тіла знизилась до норми, але стан пацієнта Б. погіршився: з'явилися різка слабкість, ниткоподібний пульс, кінцівки стали холодні, білизна волога від поту. Складіть план догляду.

551

План догляду за пацієнтом у стані гарячки
(результат догляду зареєструвати в протоколі)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
1. Період підвищення температури тіла, озноб (д)	1. У пацієнта не буде ознобу	1. Вимірювати температуру тіла. Рекомендувати пацієнту зручно лягти, тепло вкритися, дати тепле питво
2. Температура тіла понад 37,5 °С (д)	1. Температура знижуватиметься. 2. Не буде зневоднення. 3. Не знижуватиметься маса тіла (якщо пацієнт у стані гарячки декілька днів)	1. Вимірювати температуру тіла через (часові інтервали визначає лікар) та реєструвати результати. 2. Рекомендувати бавовняну постільну білизну та одяг. 3. Рекомендувати обмеження фізичної активності (режим активності — за призначенням лікаря). 4. Рекомендувати (здійснювати) усі процедури, які збільшують тепловіддачу (міхур з льодом, холодний компрес, вентилятор тощо). 5. Рекомендувати (за потреби — забезпечити) пити рідину до 2 л на добу (за відсутності протипоказань, які визначає лікар), вказати точну кількість рідини по годинах упродовж доби. 6. Рекомендувати адекватну кількість їжі (за потреби — годування, визначення кількості спожитої їжі). 7. Визначити масу тіла (у разі тривалої гарячки). 8. Якщо необхідно — надавати допомогу в дотриманні особистої гігієни. 9. Контролювати кількість сечі. 10. Контролювати режим акту дефекації. 11. Уводити лікарські засоби за призначенням лікаря. 12. Консультація лікаря у разі будь-якого погіршення стану і самопочуття пацієнта
3. Літичне зниження температури тіла (д) і (п)	1. Відновлення (розширення) можливостей самогляду	1. Рекомендувати пацієнту розширення режиму активності. 2. Заохочувати потребу в самогляді
4. Критичне зниження температури тіла (д) і (п)	1. Не буде ускладнень, пов'язаних із критичним зниженням температури (слабості, потовиділення)	1. Вимірювати температуру тіла. 2. Консультація лікаря. 3. Перемістити пацієнта в положення лежачи на спині. 4. Контролювати гемодинамічні показники (пульс, артеріальний тиск). 5. Контролювати стан шкіри (вологість, колір). 6. Пояснити пацієнту необхідність усіх заходів, що проводяться. 7. Дати можливість пацієнту ставити будь-які запитання щодо зміни його стану.

552

		8. Виконати процедури, які забезпечують збереження тепла (вкривання, тепле пиття). 9. Уводити лікарські засоби за призначенням лікаря. 10. Допомога в здійсненні особистої гігієни після поліпшення самопочуття
--	--	---

Протокол до плану догляду пацієнта у стані гарячки

Показник	Дата
----------	------

1. Температура тіла: • зранку; • ввечері								
2. Кількість випитої рідини: • ранок; • день; • вечір								
3. Випорожнення								
4. Кількість сечі за добу								
5. Кількість спожитої їжі: • 1-й сніданок; • 2-й сніданок; • обід; • вечеря								
6. Режим активності								
7. Маса тіла								
8. Потрібна допомога в самогляді: • так; • ні								
Підпис медичної сестри								

Підсумкове оцінювання Підпис медичної сестри

4. У терапевтичне відділення 20.01.2010 р. доставлено пацієнта С. зі скаргами на задишку та гострий біль у ділянці серця. Пацієнт оцінив біль у 5 балів. Медична сестра методом цифрової шкали інтенсивності болю підтвердила цю оцінку; склала план догляду за пацієнтом при гострому болю в ділянці серця, провела догляд за ним, і через 30 хв біль послабився. Задишка зменшилась через 3 дні.

553

План догляду за пацієнтом із гострим болем у ділянці серця

Дата	Проблема	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строков а	довгострокова			
20.01.2010 р.	Гострий біль у ділянці серця	Зменшити біль від 5 до 2 балів протягом 30хв		1. Повідомити лікаря про проблему пацієнта. 2. Оцінити біль за допомогою лінійки, цифрової шкали інтенсивності болю від 1 до 10. 3. Допомогти пацієнту набуту положення, у якому біль зменшиться. 4. Провести заходи щодо полегшення	1. Викликано лікаря. 2. Оцінювання болю за допомогою лінійки, цифрової шкали інтенсивності болю від 1 до 10 виконано. 3. Пацієнт набув положення, у якому біль зменшився (положення Фаулера). 4. Тісний одяг послаблено.	Через 30хв біль зменшився 3 до 2 балів. Мети досягнуто

				<p>дихання.</p> <p>5. Виконувати призначення лікаря.</p> <p>6. Використовувати процедури розслаблення з метою послаблення болю</p>	<p>Вікно відчинено, забезпечено доступ свіжого повітря.</p> <p>5. У пацієнта під язиком таблетка нітрогліцерину.</p> <p>Приготовані знеболювальні засоби.</p> <p>6. Проведено бесіду з пацієнтом про те, що деякий час йому буде легше.</p> <p>7. Гірчичник на ділянку серця поставлено</p>
--	--	--	--	--	---

554

План догляду за пацієнтом із задишкою

Дата	Проблема	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		короткострокова	довгострокова			
20.01.2010 р.	Задишка	Через 3 дні задишка у пацієнта зменшиться	До моменту виписування зі стаціонару задишки не буде	<p>1. Забезпечити пацієнту зручне положення в ліжку.</p> <p>2. Провести оксигенотерапію.</p> <p>3. Навчити пацієнта засобам полегшення дихання.</p> <p>4. Надати пацієнту психологічну підтримку.</p> <p>5. Виконувати призначення лікаря.</p> <p>6. Спостерігати за функціональними показниками серцево-судинної та дихальної систем</p>	<p>1. Пацієнтові надано зручного положення в ліжку; пацієнта обкладено подушками.</p> <p>2. Пацієнтові подано зволожений кисень зі швидкістю 5 л за 1 хв (протягом 2 год).</p> <p>3. Пацієнту відома методика полегшення дихання при задишці; навчений релаксації.</p> <p>Засвоєння матеріалу проконтрольовано.</p> <p>4. Використано методи словесного навіювання (під час бесіди заспокоєння пацієнта).</p> <p>5. Уведено внутрішньовенно еуфілін.</p> <p>6. Спостерігання за зовнішнім станом пацієнта, визначення пульсу, артеріального тиску, кількість дихальних рухів (щогодини). Результати занесено в</p>	<p>23.01.2010 р.</p> <p>задишка зменшилася.</p> <p>Мети досягнено</p>

Стандартний план догляду за наявності болю (у дорослого пацієнта)
(результати оцінювання зареєструвати в протоколі до плану)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
Біль (д)	Пацієнт не відчуватиме болю	1. Провести невербальне оцінювання інтенсивності болю, використання лінійки та шкалу для оцінювання болю (вказати, за якою шкалою оцінювали інтенсивність болю). 2. Вказати, хто провів оцінювання болю (медична сестра, пацієнт). 3. Оцінити інтенсивність болю, спостерігаючи за поведінкою пацієнта (вербальною та невербальною). 4. Давати (вводити) анальгетики відповідно до призначень лікаря й проводити сестринське оцінювання ефективності використання цих препаратів, консультуючись із лікарем у разі неадекватної анальгезії. 5. Допомогти пацієнтові набути положення, у якому біль послаблюється. 6. Пояснювати пацієнту, які процедури виконуються, даючи йому можливість ставити будь-які запитання та висловлювати свої страхи й побоювання. 7. Використовувати процедури розслаблення для послаблення болю

Протокол проведення первинного та поточного оцінювання болю

Відділення _____

Палата _____

Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта _____

Лікарський діагноз _____

Час початку реалізації плану _____

Час закінчення реалізації плану Локалізація болю _____

Дата	Час	Оцінювання болю за шкалою	Тамування болю	Ступінь послаблення болю	Коментар	Підпис

Підсумкове оцінювання якості сестринських втручань Підпис медичної сестри _____

Шкала для оцінювання болю пацієнтом

Характеристика болю	Цифри, що відповідають ступеню тяжкості болю	Слова, які характеризують біль
Тяжкий Нестерпний (неконтрольований)	10 9	Знищувальний Роздавлювальний Стисний Пронизливий

Дуже сильний біль, який не дає змоги виконувати звичайні функції	8 7 6	Прострільний Гострий Пекучий Відчуття, як при ураженні електричним струмом Пульсівний Судомний
Помірний	5 4	Спазматичний Тупий Розпиральний Гризучий
Легкий	3 2 1	Відчуття, неначе розчавлений великою вагою Напруження Незручність Неспокій
Відсутність болю	0	—

Примітка: пацієнтові обрати слово (слова), що відповідатимуть болю, з цифрою на прямій лінії, яка вкаже на ступінь тяжкості болю. Провести стрілку від цього слова до цифри або попросити медичну сестру зробити це.

Лінійка зі шкалою для визначення інтенсивності болю

1. Найпростіша шкала інтенсивності болю

Відсутність Середній біль

Біль, який можна терпіти

Сильний Дуже силь- Нестерпний біль ний біль біль

2. Цифрова шкала інтенсивності болю від 1 до 10

8

10

Відсутність болю

Біль, що можна терпіти

Нестерпний біль

557

3. Візуально-аналогова шкала

0

1

2 1 3

4

10

Наисильні-Відсутність болю

ший біль

” _.

Шкала для вербального та невербального оцінювання послаблення болю

I. Шкала оцінювання болю (вербальна):

0 — біль відсутній у стані спокою та під час руху;

1 — біль відсутній у стані спокою, легкий біль під час руху;

2 — легкий біль у стані спокою, помірний біль під час руху;

3 — помірний біль у стані спокою, сильний біль під час руху;

4 — сильний біль у стані спокою та під час руху.

II. Шкала для характеристики послаблення болю:

0 — біль повністю зник;

1 — біль майже зник;

2 — біль значно зменшився;

3 — біль трохи зменшився;

4 — немає помітного зменшення болю.

III. Шкала заспокоєння:

0 — заспокоєння відсутнє;

- 1 — слабе заспокоєння, дрімотний стан, швидке (легке) пробудження;
- 2 — помірне заспокоєння, зазвичай стан дрімоти, швидке (легке) пробудження;
- 3 — сильне заспокоєння, снодійний ефект, пацієнта важко розбудити;
- 4 — пацієнт у стані сну, пацієнта дуже важко або неможливо розбудити.

5. Пацієнту І., 45 років, призначено провести облік водного балансу. Медична сестра ознайомила пацієнта з порядком запису в листок обліку водного балансу: о 6-й годині ранку необхідно випустити сечу в унітаз, у листку зареєструвати час приймання або введення рідини, а також час виділення рідини до 6-ї години ранку наступної доби. Листок обліку пацієнт повертає медичній сестрі о 6-й годині ранку.

Розрахунок: за даними обліку добовий діурез має становити: $1500 \times 0,8$ (80 % від кількості вжитої рідини) = 1200 мл, а він на 130 мл менше. Отже, водний баланс негативний, що вказує на неефективність лікування або збільшення набряків.

558

Зразок

ЛИСТОК ОБЛІКУ ВОДНОГО БАЛАНСУ

Назва лікарні _____ Відділення _____

Палата № _____

Дата _____

Прізвище, ім'я по батькові І. П. С. Вік 45 років

Діагноз Обстеження

Маса тіла 70 кг

Час	Спожито	Кількість спожитої рідини, мл	Час	Виділено сечі, мл (діурез)
9:00	Сніданок	250	10:40	220
10:00	Внутрішньовенно краплинно	400	12:00	180
14:00	Обід	350	17:00	150
16:00	Підвечірок	100	20:00	200
18:00	Вечеря	200	3:00	170
21:00	Кефір на ніч	200	6:00	150
За добу	Усього вжито	1500	Усього виділено	1070

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Після вивчення теми студенти мають **Знати:**

- правила виписування і отримання лікарських засобів відділеннями лікувально-профілактичних закладів;
- вимоги до зберігання лікарських засобів;
- правила зберігання і обліку наркотичних, сильнодіяючих, гостродефіцитних і високовартісних лікарських засобів;
- шляхи і способи введення лікарських засобів в організм;

- правила роздавання лікарських засобів;
- особливості сублінгвального, ректального, зовнішнього, інгаляційного, парентерального способів уведення лікарських засобів;
- причини, що зумовлюють негативне ставлення пацієнта до лікарської терапії;
- особливості приймання деяких груп лікарських засобів ентерально;
- деякі аспекти взаємодії лікарських засобів з їжею;
- документацію процедурного кабінету;
- посадові інструкції медичної сестри процедурного кабінету;
- види шприців та голок;
- анатомічні ділянки для парентерального введення лікарських засобів;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: негативне ставлення пацієнта до терапії антибіотиками, відмова пацієнта від ін'єкції, страх перед ВІЛ-інфікуванням;
- сестринські втручання з вирішення проблем, що виникли. **Уміти:**
- вибирати лікарські призначення з листка лікарських призначень;
- заповнювати журнали обліку лікарських засобів;
- надавати пацієнтові необхідну інформацію про лікарські засоби;
- роздавати лікарські засоби для ентерального застосування;
- навчати пацієнта вживати різні лікарські форми для ентерального застосування;
- навчити пацієнта техніці сублінгвального приймання лікарських засобів;
- збирати одноразовий стерильний шприц;
- визначати ціну поділок шприца;
- розводити антибіотики і проводити пробу на антибіотики;
- оцінювати ускладнення, що можуть виникнути при проведенні вну-трішньошкірних і підшкірних ін'єкцій, виконувати внутрішньом'язові і внутрішньовенні ін'єкції (на фантомі);
- оцінювати ускладнення, що можуть виникнути при внутрішньом'язо-вому ураженні кровоносних судин і сідничного нерва, та ускладнення вну-

566

трішньовенних ін'єкцій (повітряна та жирова емболія, при введенні гіпертонічного розчину кальцію глюконату);

- узяти кров із вени для дослідження (на фантомі);
- заповнити систему для внутрішньовенних вливань;
- виконати внутрішньовенне крапельне введення ліків (на фантомі);
- запобігти ускладненням, що можуть виникнути при парентеральному способі введення лікарських засобів.

Володіти навичками:

- застосування лікарських засобів на шкіру (мазі, присипки, розчини і настойки);
- закапування крапель в очі, ніс, вуха;
- закладання мазі за нижню повіку, у ніс, вуха;
- застосування лікарських засобів через пряму кишку (за допомогою ректальних свічок, роздати лікарські засоби для ентерального застосування);
- виконання призначень лікаря;
- набирання лікарських засобів з ампул і флаконів;
- виконання внутрішньошкірних та підшкірних ін'єкцій (на фантомі);
- виконання внутрішньом'язових і внутрішньовенних ін'єкцій і вливань на фантомі.

Виписування, зберігання і застосування лікарських засобів

У лікувально-профілактичних закладах існує чітко регламентований порядок забезпечення ліками хворого. Виділяють такі його послідовні етапи: 1) призначення необхідних лікарських засобів (виконує лікар); 2) запис в історію хвороби і листок лікарських призначень лікарських препаратів з визначенням доз і методів їх застосування (виконує лікар); 3)

складання замовлення на необхідні ліки і передача його старшій медичній сестрі відділення (виконує постова (палатна) медична сестра); 4) формування загального замовлення по відділенню і надсилання його до аптеки та отримання відповідних ліків (виконує старша медична сестра); 5) отримання ліків постовою (палатною) медичною сестрою від старшої медичної сестри; 6) доставка ліків хворому (виконує палатна медична сестра).

Порядок виписування й одержання лікарських засобів (згідно з Наказом № 360 МОЗ України "Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень").

567

1. Вимогу-замовлення на лікарські засоби для лікувально-профілактичних закладів на одержання з аптек лікарських засобів виписують у трьох екземплярах. Вимоги на отруйні, наркотичні, сильнодіючі медикаменти, спирт етиловий виписують на один екземпляр більше.
2. У вимозі (замовленні) вказують найменування лікарського засобу, дозування, форму випуску (таблетки, ампули тощо), вид упаковки (коробки, флакони, туби тощо), загальну кількість.
3. Вимоги лікувально-профілактичних закладів на отруйні, наркотичні засоби, спирт етиловий виписують латинською мовою на окремих бланках зі штампом, печаткою і підписом керівника закладу або його заступника з лікувальної частини.
У вимозі обов'язково слід зазначити найменування відділення або кабінету, концентрацію спирту, а також найменування ліків (для ін'єкцій, для зовнішнього застосування, внутрішнього вживання, очні краплі і т. п.).
4. У вимогах на одержання з аптек отруйних, наркотичних, гостродефіцитних, радіоактивних ізотопів і препаратів для клінічних випробувань і досліджень вказують номер історії хвороби, прізвище, ім'я, по батькові хворого, для якого виписано лікарські засоби.
5. Лікарські засоби, призначені для лікування хворих у стаціонарних умовах, відпускаються аптеками медичній сестрі або фельдшерів тільки в заводському або аптечному упакуванні на вимогу.
6. При одержанні лікарських засобів із госпрозрахункової аптеки працівник закладу подає доручення за формою (разова або постійна).
7. Представник лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), одержуючи лікарські засоби, зобов'язаний перевірити відповідність його пропису у вимозі і підтвердити одержання товару своїм підписом на всіх екземплярах.

Правила зберігання, обліку лікарських засобів

(згідно з Правилами зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах)

1. Усі лікарські засоби мають зберігатися відповідно до вимог, зазначених в інструкції про медичне застосування лікарського засобу.
2. Особливих умов зберігання потребують лікарські засоби:
 - які вимагають захисту від світла;
 - які вимагають захисту від дії вологи;
 - які вимагають захисту від випаровування;
 - які вимагають захисту від дії підвищеної температури;
 - які вимагають захисту від дії зниженої температури;
 - які вимагають захисту від дії газів, що містяться в навколишньому середовищі;
 - пахучі, фарбувальні;
 - дезінфекційні засоби;
 - медичні імунобіологічні препарати;
 - вогнебезпечні (легкозаймисті) речовини.

3. Усі готові лікарські засоби мають зберігатися в упаковці виробника, етикеткою назовні:
 — таблетки, драже, капсули зберігають ізольовано від інших лікарських форм у заводській упаковці, яка захищає від дії зовнішніх факторів;
 — ін'єкційні лікарські засоби слід зберігати в прохолодному, захищеному від світла місці в окремій шафі або ізольованому приміщенні (кімнаті) з урахуванням особливостей тари (крихкість) за відсутності інших вказівок на упаковці;
 — рідкі лікарські засоби (сиropи, настойки, рідкі екстракти тощо) мають зберігатися в прохолодному, захищеному від світла місці за відсутності інших указівок на упаковках;
 — плазмозамісні та дезінтоксикаційні розчини зберігають ізольовано при температурних інтервалах, указаних на упаковці, та в захищеному від світла місці;
 — мазі, лініменти, гелі, креми, пасти зберігають у прохолодному, захищеному від світла місці в щільно запакованій тарі за відсутності інших вказівок в інструкції про застосування лікарських засобів;
 — зберігати супозиторії слід у сухому прохолодному, захищеному від світла місці;
 — зберігати препарати в аерозольних упаковках слід у сухому, захищеному від світла місці, подалі від вогню та опалювальних приладів. Аерозольні упаковки потрібно оберігати від ударів та механічних пошкоджень.

4. Лікарські засоби зберігають у відділеннях ЛПЗ (маніпуляційний кабінет, медичний пост тощо) з урахуванням способу введення та з дотриманням вимог зберігання лікарських засобів.

5. Наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори зберігають відповідно до вимог чинних нормативних актів, які регулюють їхній обіг в Україні.

6. Забороняються виготовлення, розфасування, заміна етикеток, перекладання лікарських засобів.

При зберіганні лікарських засобів необхідно керуватися основним принципом — розміщення лікарських засобів відповідно до токсикологічних груп: список "А" (отруйні і наркотичні засоби), список "Б" (сильнодіючі речовини), загальний список.

Відповідальність за зберігання і витрати ліків, а також за порядок на місцях зберігання, дотримання правил видачі і призначення лікарських засобів несе завідувач відділення (кабінету).

Безпосереднім виконавцем організації зберігання і витрати є старша медсестра.

3. Відповідальним за зберігання наркотичних, отруйних і сильнодіючих лікарських засобів є головний лікар (його заступники), а також уповноважені особи, затверджені наказом по ЛПЗ. Медична сестра має стежити за терміном зберігання ліків, які швидко псуються. Наприклад, настої і відвари можуть зберігатися в холодильнику не більше 3 діб, мікстури — до 5 діб, очні краплі — до 3 діб, розчин пеніциліну для ін'єкцій — до 1 доби, стерильні розчини у флаконах — до 10 діб. Таблетовані і порошкоподібні форми доцільно зберігати в спеціальних шафах на

відповідних полицях (мал. 128, а, б). Окремо в металевих шафах — ампульні препарати, які доцільно маркувати за механізмом їх дії на організм (серцево-судинні, заспокійливі, знеболювальні тощо).

Для зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів використовують спеціальні приміщення, сейфи та металеві шафи, які після операцій з ними слід замикати, а

після закінчення робочого дня — опечатувати чи опломбовувати і здавати під охорону (Наказ МОЗ України № 11 від 21.01.10 р. "Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України").

Ключі від сейфів, металевих шаф і приміщень, де зберігаються наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, та пломбінатори мають зберігатись в осіб, уповноважених наказом керівника закладу охорони здоров'я.

Порожні ампули з-під використаних наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів **щодня**, за винятком вихідних і святкових днів, слід здавати матеріально відповідальним особам комісії зі знищення порожніх ампул з-під використаних наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів.

Порожні ампули з-під використаних наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів **знищують один раз на десять календарних днів**.

У лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів може здійснюватися в обсягах, що не перевищують **двотижневу потребу в них**.

У відділеннях лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів може здійснюватися **в обсягах, що не перевищують тридобову потребу в них**.

На постах (у кабінетах) лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів може здійснюватися в обсягах, що не перевищують **однодобову**, а у **вихідні (святкові) дні** — **тридобову потребу в них**.

У приймальному відділенні стаціонару для надання хворим у вечірній і нічний час невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками може **бути створений п'ятидобовий резерв наркотичних засобів**, психотропних речовин та прекурсорів, використовуваних з дозволу чергового лікаря в інших підрозділах стаціонару цього закладу.

Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, що потребують при зберіганні дотримання температурного режиму, можна зберігати у вказаних приміщеннях у холодильниках без сейфа.

Наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори для *парентерального застосування, внутрішнього вживання і зовнішнього використання мають зберігатись на окремих полицях*.

На внутрішній поверхні дверцят сейфів і металевих шаф мають бути зроблені відповідні написи: "Наркотичні засоби", "Психотропні речовини", "Прекурсори" за переліком засобів і речовин, що в них зберігаються (мал. 128, в).

У лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я у місцях зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів окрім списків

570

цих засобів з вищими разовими і добовими дозами мають бути таблиці анти-дотів (протиотрут) на випадок отруєнь згаданими вище засобами і речовинами.

Вимоги-замовлення виписують у трьох примірниках, а на лікарські засоби, що підлягають предметно-кількісному обліку, — у чотирьох примірниках.

На постах відділень та в кабінетах поліклініки лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори мають обліковуватись в журналах обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на постах відділень лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я за формою згідно з Додатком 7 до цього Порядку.

Журнали обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у відділеннях і кабінетах лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я та журнали обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на постах відділень лікувально-профілактичного закладу (далі — Журнали обліку) мають бути пронумеровані,

прошнуровані і завірені печаткою лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я та підписом керівника.

Лікарські засоби для парентерального застосування, внутрішнього вживання й зовнішнього застосування мають зберігатися роздільно, на окремих полках.

Термолабільні препарати мають зберігатися в холодильниках, світлочутливі—у темних закритих шафах.

Пахучі фарбувальні препарати зберігають окремо від інших, у шухлядах, що щільно закриваються.

Додаток 7

до Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України

Журнал обліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на постах відділень лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я

Назва наркотичного, психотропного лікарського засобу чи прекурсора _____

Одиниця виміру _____

Отримано				Видано				Видано на посту відділення			Залишок	Підпис особи, відповідальної за зберігання і видачу
дата отримання	номер і дата документа	звідки отримано	кількість	дата видачі	прізвище та ініціали	номер історії хвороби (амбулаторної картки)	кількість	дата видачі	кількість	прізвища, ініціали та підписи осіб, які отримали наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори (лікарські засоби)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

571

У місцях зберігання ліків слід строго дотримувати санітарно-гігієнічного режиму. Лікарські препарати і форми потрібно використовувати в межах установлених термінів придатності.
ЗАБОРОНЕНО: 1. Дезінфекційні засоби, розчини для технічних цілей (оброблення рук, інструментів, меблів, білизни і т. д.) зберігати разом з медичними препаратами, призначеними для лікування пацієнтів.

2. Видавати ліки без призначення лікаря, замінювати одні ліки іншими.

3. Категорично заборонено видавати ліки з аптеки підсобному персоналу (санітаркам, шоферам та ін.).

Застосовують різні методи введення лікарських засобів в організм: 1) ентеральний (через травний тракт); 2) парентеральний (поза травним трактом): інгаляційний (через дихальні шляхи), наскірний, інсталяційний (через слизові оболонки), ін'єкційний (схема 2).

Нашкірний та інстиляційний методи застосування лікарських речовин

Ці методи застосування лікарських речовин зазвичай використовують для лікування різних уражень шкіри та слизових оболонок. При цьому слід пам'ятати, що шкіра, слизові оболонки добре васкуляризовані, тому певні речовини, особливо на жиророзчинній основі, можуть всмоктуватися та чинити резорбтивний (загальний) вплив.

Застосування лікарських речовин для лікування уражень шкіри

1. Втирання лікарських речовин — це спосіб активного введення лікарських препаратів через шкіру без порушення її цілості. Під впливом тертя та розминання шкіра розігрівається, у ній посилюється крово- та лімфообіг, розши-

572

рюються вивідні протоки сальних і потових залоз, через які речовина легко всмоктується.
Показання. Місцеві розлади крово- та лімфообігу, розлад функції периферичних нервових розгалужень у шкірі, трофічні процеси, паразитарні захворювання шкіри (короста), гніздове облісіння (алопеція).

Ентеральний (через травний тракт)

Під язик (сублінгвально)

Через порожнину рота (перорально, ретоз)

Парентеральний (поза травним трактом)

Защічно (суббукально)

Через пряму

кишку (ректально, рег гесішп)

Інсталяційний

кон юнктивальний мішок

На слизову оболонку ротової порожнини

•

Інгаляційний (через дихальні шляхи)

Інгаляції через рот

Інгаляції через ніс

Нашкірний

Через непошкоджену шкіру	У зовнішній слуховий хід
--------------------------	--------------------------

Ін'єкційний

1	1
Внутрішньо-шкірно	Підшкірно

В артерію

У порожнини (черевну, суглобову, плевральну)

У м'яз

У вену

У серце

ні •• **

Об'єкт впливу втирання — прилеглі тканини: гострі та хронічні ураження м'язів, периферичних нервових стовбурів, лімфаденіти, затяжні та хронічні запалення суглобів; загальний вплив на організм (наприклад втирання подразнювальних бальзамів у скроні при мігрені). Лікарські форми — рідини (саліцилати), мазі (ртутна, сірчана, різні бальзами).

Втирання зазвичай

проводять у тих ділянках, де шкіра найтонша і де відсутній волосяний покрив (якщо він є, його голять): згинальна поверхня передпліччя, задня поверхня* стегон, бічні поверхні грудної клітки, живіт, скроні.

Цю процедуру зазвичай виконують на ніч.

Протипоказання: тяжкі ураження шкіри (мацерації, пролежні, екзема, фурункули, карбункули, гноячковий висип).

2. Змазування — це нанесення різних мазей, паст на уражені ділянки шкіри *Показання:* мацерація, пролежні, екзема, фурункули, карбункули, гноячковий висип.

3. Мазьові пов'язки.

Показання: необхідність тривало впливати лікарською речовиною на шкіру

4. Волого-висихальні пов'язки.

Показання: гострі запальні ураження шкіри, які супроводжуються мацерацією, екземою.

5. Припудрювання та присипання.

Показання: для зменшення подразнення шкіри, її підсушування та дезінфекції; поприрості; надмірне потіння, особливо в закритих місцях (мал. 129) Застосовують різні індиферентні присипки та пудри: рисову пудру, тальї (кремнієво-магнієва сіль), порошок оксиду цинку, борної кислоти, крохмаль **Зовнішнє застосування лікарських речовин для лікування слизових оболонок 1. Інгаляційні методи впливу на слизову оболонку дихальних шляхів.**

Інгаляція — один із методів введення лікарських засобів в організм через органи дихання шляхом вдихання їхніх летких, зокрема аерозольних, форм. Інгаляційним методом вводять газоподібні речовини — кисень, вуглекислий газ, закис азоту, а також деякі лікарські засоби, яким надається форма аерозолів Для застосування останніх використовують спеціальні апарати — інгалятори

Аерозольні препарати випускає фармацевтична промисловість у флаконах у суміші з летким газом. Відомі інгаляційні форми (сольбутамол, беротек, астмопент) для індивідуального користування хворими на бронхіальну астму (мал. 130).

2. Уведення крапель у кон'юнктивальний мішок. Краплі вводять у кон'юнктивальний мішок при різних захворюваннях кон'юнктиви (сполучної оболонки), рогівки, кришталика, сітківки ока.

3. Уведення крапель у ніс.

4. Закладання мазі в кон'юнктивальний мішок.

5. Уведення крапель у зовнішній слуховий хід. Цей метод застосовують при запаленні середнього вуха.

Ентеральний (через травний тракт) метод застосування лікарських засобів

Цей метод передбачає приймання лікарських засобів через рот (рег ош, пер-орально) шляхом їх проковтування з водою або їжею або через пряму кишку (рег гесіат, ректально) і під язик (зиБ Ипџиае, під'язиково). Метод зручний і простий у застосуванні, не потребує створення

додаткових умов, використання складних апаратів або пристроїв. Засвоєння організмом лікарських засобів,

575

ужитих через рот або введених через пряму кишку, найбільш фізіологічне, оскільки має чимало спільного із засвоєнням харчових продуктів.

Однак внутрішній метод уведення лікарських засобів в організм має певні недоліки: а) тривалий період з моменту приймання препарату до його надходження у кров і безпосередньо до патологічного вогнища внаслідок повільного всмоктування лікарського засобу із травного тракту; б) значна ймовірність руйнування лікарських засобів ферментами травних залоз; в) труднощі в забезпеченні необхідної концентрації лікарського засобу в крові; г) ймовірність подразнення окремими препаратами травного тракту; г) труднощі або неможливість уводити пацієнтам з порушеним актом ковтання, після операцій на органах ротової порожнини, стравоходу, шлунку або прямій кишці; д) ускладнення при введенні засобів психічним хворим або пацієнтам у стані збудження; обмежена кількість лікарських засобів, які можуть бути введені в організм внутрішнім шляхом, зокрема через пряму кишку. Уведення лікарського засобу через пряму кишку застосовують при захворюваннях прямої кишки (геморой, проктит), порушеннях акту ковтання, нестримному блюванні, непрохідності стравоходу, фізичному і психічному збудженні. Таким чином досягається безпосередній контакт препарату зі слизовою оболонкою прямої кишки. Недоліки цього методу полягають, насамперед, в обмеженій кількості препаратів, які всмоктує слизова оболонка прямої кишки (водні розчини серцевих глікозидів, 5 % і 10 % розчини глюкози, розчини хлоралгідрату, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчини амінокислот).

Для ректального введення лікарських препаратів застосовують мікроклізми, краплинні клізми і лікувальні свічки (супозиторії).

При сублінгвальному застосуванні ліків (під язик) забезпечується їх швидке і повноцінне всмоктування завдяки активній всмоктувальній властивості слизової оболонки рота та її інтенсивній васкуляризації. Оскільки за цього способу введення лікарський засіб не руйнується травними соками, його фармакологічна активність переважає таку за умови внутрішнього введення препарату. Сублінгвально здебільшого вводять лікарські засоби швидкої дії, наприклад нітрогліцерин, валідол.

Існують кілька варіантів і форм роздавання ліків. Для індивідуального розподілу лікарських засобів використовують спеціальні лотки, розділені на окремі вічка з прізвищами конкретних хворих відділення. Визначені згідно з лікарськими призначеннями ліки розміщують для кожного хворого у відповідному вічку. Для роздавання препаратів безпосередньо в палатах застосовують спеціальні вічка з гніздами для розміщення твердих і рідких лікарських форм. Хворі, які перебувають на вільному режимі, можуть отримувати ліки безпосередньо на сестринському посту.

Приймання ліків часто пов'язане зі споживанням їжі.

При внутрішньому (ентеральному) методі введення лікарського засобу в організм має значення співвідношення його приймання і споживання їжі,

576

яка залежно від характеру може суттєво впливати на ефект і частку препарату в організмі, змінювати рН середовища у шлунку та всмоктування препарату, брати участь у розведенні препарату та взаємодіяти з ним аж до інактивації.

Рекомендації щодо введення ліків внутрішнім (ентеральним) шляхом

1. Основну кількість лікарських препаратів роздайте через 30 хв після споживання їжі, тому що переважна більшість їх подразнюють слизову оболонку травного тракту.
 2. Навпаки, ліки, які підвищують апетит, дайте хворому до споживання їжі.
 3. Ліки, які поліпшують травлення, запропонуйте хворому приймати під час споживання їжі.
 4. Простежте, щоб хворі прийняли ліки у вашій присутності.
 5. Поясніть хворим, що в період приймання ліків протягом доби вони повинні вживати достатню кількість рідини, оскільки з організму лікарські речовини виводяться переважно нирками.
 6. Якщо хворому призначено ліки в капсулах, то повідомте його, що капсулу ковтають не розжовуючи, поясніть призначення капсули.
 7. Запропонуйте хворим запити ліки перевареною водою.
 8. Якщо хворий приймає йодовмісні препарати або препарати ацетилсаліцилової кислоти, запропонуйте запити їх молоком.
 9. Калієвмісні препарати порекомендуйте запити томатним соком.
 10. Якщо хворий приймає ліки, що містять кислоти або препарати заліза, порекомендуйте йому після їх приймання прополоскати рот перевареною водою, щоб запобігти пошкодженню зубів.
 11. Снодійні ліки дайте хворому за 30 хв до сну.
 12. Порошок запропонуйте висипати на язик, ближче до кореня, де менше смакових чутливих цибулин, і запити невеликою кількістю води. Якщо порошки дуже неприємні на смак, до них можна додати трохи цукрової пудри.
 13. Препарати, які необхідно приймати натще, за 1 год до або через 2—3 год після споживання їжі: протимікробні (сульфаніламід, цефалоспорин, еритроміцин, пеніцилін, протитуберкульозні, антигельмінтні), холінергічні, бронходилататори, діуретики, вазодилататори.
- Примітка:* сульфаниламід і вазодилататори потрібно запивати повною склянкою води.
14. У разі приймання гризеофульвіну рекомендують споживати жирну їжу — підвищується всмоктування препарату.
 15. Препарати, які не слід приймати з певними речовинами: протимікробні не можна запивати кислими напоями або фруктовими соками.
 16. Під час їди приймають ферменти підшлункової залози, шлунковий сік, соляну кислоту, пепсин, водні і спиртові витяжки лікарських рослин, препарати, які впливають на запальні процеси кишок; також жовчогінні засоби, препарати заліза.

577

17. Ацетилсаліцилову кислоту, стероїдні гормони, препарати йоду і бромиду приймають після їди через значний подразливий вплив на слизову оболонку шлунка.
18. Запивають молоком йодовмісні препарати, ацетилсаліцилову кислоту.
19. Не можна запивати молоком препарати заліза, анальгетики, проносні, тетрацикліни — зменшується біодія цих препаратів.
20. Препарати, які необхідно приймати з їжею: анальгетики, антиаритмічні, антиконвульсанти, антидіабетичні, антигістамінні, гіпотензивні, протизапальні (індометацин), протимікробні (метронідазол), антинеопластичні, для лікування хвороби Паркінсона, нейролептики, серцеві глікозиди, діуретики, вазодилататори — оскільки їжа захищає слизову оболонку шлунка від подразнення лікарськими препаратами.
21. Якщо призначено антидепресант нуредаль, не можна вживати в їжу сир, жирне молоко, каву.
22. Натще приймають лікарські засоби з жовчогінною і послаблювальною активністю, а також мінеральні води на тлі підвищеної секреторної активності шлунка.
23. Калій потрібно приймати з їжею у зв'язку з подразненням слизової оболонки шлунку.

24. Під час приймання антикоагулянтів (кумадин) слід виключити вітамін К з раціону (зелені та жовті овочі).
25. Вітамін В₁₂ не приймати з молоком або препаратами кальцію.
26. Антибіотики передбачають споживання рідини; тетрациклін — виключення з раціону молока, препаратів заліза, кальцію.
27. Сульфонулуріани (толбутамід) слід приймати з їжею, виключити алкоголь.
28. Зробіть позначку в листку призначень про виконання. **Запам'ятайте!**
 1. Не видавайте хворому на руки всю добову дозу ліків, оскільки він може прийняти їх одночасно, що спричинить отруєння лікарськими препаратами.
 2. Не залишайте ліки біля ліжка на тумбочці, оскільки хворі часто приймають їх із запізненням, а іноді зовсім не приймають.
 3. Якщо випадково дали інші ліки або перевищили дозу, негайно повідомте лікаря.
 4. Не давайте хворому лікарські препарати без призначення лікаря, оскільки навіть звичайні ліки в певних ситуаціях можуть призвести до тяжких наслідків.
 5. Усі скарги хворого на неприємні відчуття від прийнятих ліків або відмову хворого від їх приймання негайно доведіть до відома лікаря.
 6. Якщо хворому важко ковтати таблетки, їх можна роздавити у ложці і розмішати з водою.
 7. Не можна роздавлювати препарати з покриттям, призначеним для розчинення в кишках; пролонгованої (подовженої) дії; гіркі на смак; які дають місцевий анестетичний ефект; призначені для абсорбції в ротовій порожнині.

578

Парентеральний метод застосування лікарських засобів

Парентеральний метод — це спосіб уведення в організм лікарських засобів не лише поза травним трактом, тобто безпосередньо в кров, лімфатичні судини, у порожнини плеври, перикарда, суглобів, спинномозковий канал, а й минаючи дихальні шляхи.

При використанні цього методу лікарські засоби надходять в організм через шкіру, завдяки чому досягається швидкий контакт ліків із патологічним вогнищем. Парентеральне введення забезпечує швидке поширення препаратів по різних органах і системах організму.

Незважаючи на деякі технічні труднощі, парентеральний метод має певні переваги над внутрішнім. Так, одними із найважливіших переваг є точне дозування і швидкість уведення препарату, а також відносно короткий термін прояву лікувальної дії. Це має особливе значення насамперед у випадках, які потребують невідкладної медичної допомоги.

Парентеральне введення лікарських засобів виконують шляхом ін'єкцій або вливань (інфузій) за допомогою шприца (мал. 131, 132) та ін'єкційної голки. На одному кінці шприца розмішений конус для приєднання голки, а протилежний — відкритий, призначений для введення поршня, який закінчується стрижнем з ручкою.

579

Одноразовий шприц-тюбик (мал. 133) — еластична ємність, заповнена лікарським препаратом (знеболювальний засіб) і з'єднана зі стерильною ін'єкційною голкою, герметично закритою ковпачком. Використовують шприц-тюбик у цивільній обороні при наданні самопомоги або взаємодопомоги. Для введення ліків необхідно взяти шприц-тюбик за основу ампули в одну руку, а вказівним і великим пальцями другої руки — за ребристу частину ковпачка, повернути ковпачок за годинниковою стрілкою і, одночасно натискаючи, повернути його по канюлі в бік ампули тюбика до кінця. Завдяки цьому мандрен вільним кінцем

проколє ампулу шприца-тюбика. Після цього потрібно зняти ковпачок і ввести голку внутрішньом'язово в ділянку стегна, сідниці або в інше зручне місце. Після введення голки слід видавити вміст ампули і, не розслаблюючи пальців, витягнути голку.

Важливою складовою ін'єкційного комплексу є ін'єкційні голки (мал. 134). Їх виготовляють із нержавіючої сталі або платини. Це вузька порожниста трубочка, один кінець якої зрізаний косо, а на іншому закріплена муфта, яка має щільно прилягати до наконечника шприца. Залежно від свого призначення голки мають різні довжину (від 1,5 до 10 см і більше) та діаметр (від 0,3 до 2 мм). Різним є також зріз голки. Наприклад, у голки для внутрішньовенних ін'єкцій він має бути під кутом 45°, а для підшкірних — 35°. Залежно від методу ін'єкції використовую-

580

ють шприци та голки різних розмірів (табл. 45, 46). Щоб набрати в шприц необхідну дозу лікарського препарату, необхідно знати "ціну" однієї поділки шприца (мал. 135).

Найважливішою умовою профілактики ускладнень парентерального введення лікарських засобів є суворе дотримання правил асептики.

Асептика (від грец. *ασεπτος* — не схильний до гниття) — метод запобігання інфекційному забрудненню тканин та інструментів при виконанні лікувальних і діагностичних процедур.

Щодо парентерального введення лікарських засобів асептика передбачає створення умов, які запобігають надходженню до організму одночасно з лікарськими засобами мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності. Забезпечується системою заходів передін'єкційного знезараження рук та інструментарію (шприци, голки, пінцети), підготовки стерильних ін'єкційних розчинів, а також стерилізації ін'єкційного поля.

Перед проведенням ін'єкції медична сестра повинна ретельно вимити руки (див. практичні навички "Оброблення рук", "Знезараження рук медичної сестри перед проведенням ін'єкції"), шкіру пацієнта в ділянці ін'єкції протерти ватою, змоченою 70 % розчином етилового спирту, а потім сумішшю спирту і настойки йоду. Після ін'єкції на місце уколу покласти ватний тампон, змочений етиловим спиртом, і тримати його 5—8 хв у зафіксованому стані, притискаючи пальцем.

Види парентерального введення лікарських засобів. Методом ін'єкції лікарські засоби вводять внутрішньошкірно, підшкірно, внутрішньом'язово і внутрішньовенно (струминно або краплинно). У деяких випадках застосовують також внутрішньопорожнинне введення — у порожнину плеври, сечового міхура, матки. Рідше — внутрішньоартеріальне, внутрішньокісткове і внутрішньо-суглобове, внутрішньосерцеве введення ліків, які виконус лише лікар.

581

Внутрішньошкірні ін'єкції (мал. 136) застосовують з лікувальною і профілактичною метою (профілактика правця), для визначення чутливості організму до антибіотиків. У деяких людей з підвищеною чутливістю до різних речовин, зокрема до антибіотиків, їх введення в адекватних лікувальних дозах може спричинити різні алергійні ускладнення, наприклад набряк Квінке і анафілактичний шок. Ці ускладнення супроводжуються підвищенням артеріального тиску, зниженням наповнення пульсу, знепритомненням, набряком обличчя і слизових оболонок, нудотою, блюванням, підвищенням температури тіла.

Алергійні діагностичні проби (шкірні)

Алергійні діагностичні проби засновані на місцевій або загальній реакції сенсibilізованого організму у відповідь на введення специфічного алергену. Шкірні проби — найбезпечніший і найпростіший вид алергійних діагностичних проб.

Залежно від способу введення алергену застосовують: аплікаційні, скарифікаційні (мал. 137) та внутрішньошкірні проби. Слід пам'ятати, що деякі алергени при поставленні алергійних діагностичних проб можуть спричинити

тяжкі ускладнення, а саме анафілактичний шок (у разі ненадання термінової допомоги можуть призвести до смерті хворого), тому перед проведенням будь-якої діагностичної проби необхідно ретельно зібрати алергологічний анамнез. Якщо в анамнезі є вказівки на непереносимість певного препарату, то пробу не виконують (особливо стосовно антибіотиків).

Скарифікаційні проби застосовують у разі підвищеної чутливості організму до різних медикаментів. Особливу роль скарифікаційні проби відіграють при підвищеній чутливості до алергенів, які можуть зумовити такі алергійні захворювання, як бронхіальна астма, кропив'янка, набряк Квінке тощо.

Якщо в анамнезі пацієнта є вказівка на непереносимість певного антибіотика, то пробу не виконують.

Методика: заповнити стерильний шприц ємністю 1 мл розчином антибіотика, який містить 10 000 ОД препарату в 1 мл розчинника. Внутрішню поверхню передпліччя однієї руки протерти стерильною ватною кулькою, змоченою 70 % розчином етилового спирту, двічі. Коли шкіра передпліччя підсохне, нанести на неї декілька крапель розчину антибіотика через голку з наповненого шприца. У пацієнтів з алергійними захворюваннями (бронхіальна астма, кропив'янка, екзема), а також в осіб, які мають професійний кон-

584

такт з антибіотиками (медичні сестри, фармацевти), для проби використовують розчин антибіотика, що містить 1—10 ОД в 1 мл розчинника. Стерильним скарифікатором або тупим кінцем стерильної голки здійснити паралельно дві скарифікації епідермісу завдовжки 1 см на відстані 2—3 см одна від одної. Скарифікації мають бути не глибокими, при їх виконанні не повинна з'явитися кров. Для контролю іншим стерильним шприцом, заповненим 0,9 % розчином натрію хлориду, через голку (після дворазового протирання внутрішньої поверхні передпліччя іншої руки) нанести декілька крапель розчину і виконати паралельно дві скарифікації епідермісу іншим стерильним скарифікатором. Результати проб перевірити через 20 хв.

Оцінювання проб:

- гіперемія без набряку — сумнівна (н—) проба;
- чітка нитка при натягуванні шкіри — слабкопозитивна (+) проба;
- набряк у місці скарифікації, помітний без натягування, — позитивна середнього ступеня (++) проба;
- пухир до 10 мм — різко позитивна (+++) проба;
- проба вважається негативною, якщо повністю відсутні гіперемія і набряк, а залишився тільки слід від скарифікатора.

Внутрішньошкірні ін'єкції призначають для місцевого знеболювання та діагностування ехінококозу (проба Кацонні), бруцельозу (бруцелін; проба Бюрне), туляремії (тулярин), дизентерії (дизентерик; проба Цуверкалова). Для визначення активності туберкульозного процесу в організмі застосовують імунологічну внутрішньошкір-ну пробу Мату. Таким чином визначають чутливість організму до туберкуліну — препарату, який виготовляють із мікобактерій туберкульозу. Туберкулін у розведенні 1:2000 вводять внутрішньошкірно у ділянку згинальної поверхні передпліччя або зовнішньої поверхні плеча. Поява на 2-у—3-ю добу в місці ін'єкції набряку і почервоніння шкіри діаметром понад 5 мм розцінюють як позитивну реакцію.

Підшкірні ін'єкції (мал. 138). За допомогою цього методу вводять лікарські засоби, якщо виникає потреба в їх відносно швид-

шому, аніж при внутрішньому (ентеральному) методі, надходженні в організм. Основні ділянки шкіри для підшкірних ін'єкцій — зовнішня поверхня плеча, підлопаткові ділянки, навколопупкова ділянка, передньобічна поверхня стегна (мал. 139).

Насамперед у цих ділянках шкіру необхідно легко захопити в складку, завдяки чому вдається технічно виконати ін'єкцію. Певне значення має відсутність у цих ділянках великих судин і нервів, які можуть бути ушкоджені під час ін'єкцій.

Особливості застосування інсуліну. Інсулін є гормоном підшлункової залози і впливає на вуглеводний обмін. Сприяє засвоєнню глюкози клітинками тканин організму (м'язової, жирової), полегшуючи транспорт глюкози через клітинні мембрани, стимулює утворення із глюкози глікогену і відкладання його в печінці.

Застосування: лікування цукрового діабету (замісна терапія), середніх і тяжких форм захворювання.

Інсулін — безбарвна рідина, що містить 40, 80 і 100 ОД в 1 мл; випускається у флаконах, частіше по 5 мл. У терапії цукрового діабету застосовують простий інсулін (6—8 год) і інсулін подовженої дії (12—36 год).

Дію інсуліну оцінюють за зміною рівня глюкози крові. Ураховують також зміни рівня глюкози в сечі.

Для введення інсуліну використовують спеціальні шприци ємкістю 1—2 мл, які мають додаткові розподіли для точного дозування препарату.

Інсулін вводять підшкірно в зовнішню ділянку плеча і стегна, підлопаткову ділянку, нижню частину живота, сідницю. Шкіру протирають спиртом, даючи їй висохнути. Голка для ін'єкцій має бути гострою. Визначено певні місця для введення інсуліну (мал. 140), інші місця з цією метою використовувати не рекомендується. Місця уколів необхідно постійно змінювати за правилом "зірочки", за годинниковою стрілкою (див. мал. 140).

586

Вводять інсулін за 15—20 хв до їди. При діабетичній комі введення інсуліну подовженої дії протипоказане.

Ускладнення: алергійні реакції, ліподистрофії, набряки, резистентність (нечутливість) до інсуліну, гіпоглікемічна кома.

Алергійні реакції: проявляються ущільненням шкіри в місці ін'єкції, кропив'янкою, набряком Квінке, анафілактичним шоком.

Допомога: необхідно застосувати інший препарат інсуліну строго за призначенням лікаря.

Ліподистрофії: на місці ін'єкції утворюються ділянки атрофії або гіпертрофії підшкірножирового прошарку.

Резистентність: необхідно збільшити дозу інсуліну строго за призначенням лікаря.

Гіпоглікемічна кома: виникає при передозуванні інсуліну. Допомога — за стандартом долікарської допомоги і призначенням лікаря.

Особливості застосування гепарину. Гепарин — антикоагулянт прямої дії: гальмує утворення тромбіну, запобігає згортанню крові. Застосовується для профілактики й терапії тромбоемболічних ускладнень при гострому інфаркті міокарда, операціях на серці і кровоносних судинах, тромбоемболіях легневих і мозкових кровоносних судин, тромбофлебітах кінцівок.

Дози встановлюють індивідуально: 5000 ОД через 4—6 год вводять внутрішньовенно або внутрішньом'язово, можна підшкірно глибоко; у надчеревну ділянку — для стимуляції вироблення ендогенного гепарину.

Ускладнення. При застосуванні гепарину можуть виникнути геморагічні ускладнення: гематурія (кров у сечі), крововилив у суглоби, шлунково-кишкові кровотечі, гематоми в місці введення.

Можливі алергійні реакції: кропив'янка, астма, риніт, слъзотеча.

У разі передозування гепарину як його антагоніст вводять внутрішньовенно 5 мл 1 % розчину протаміну сульфату, 1—2 мл дицинону внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

587

ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

1. Лікування гепарином проводять під контролем коагулограми (аналіз крові; основний показник — час згортання крові) не більш 7 днів, строго за призначенням лікаря.
2. Спостерігайте за пацієнтом для своєчасного виявлення геморагічних ускладнень.
3. Необхідно робити щодня аналіз сечі загальний і стежити за її кольором. ***Противопоказання до застосування гепарину:***

1. Анемія.

2. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки.

3. Захворювання, що супроводжуються вповільненим згортанням крові, та ін.

Внутрішньом'язові ін'єкції. Деякі лікарські речовини при підшкірному введенні спричиняють біль і погано розсмоктовуються, що може призвести до утворення підшкірних затвердін — інфільтратів. У таких випадках доцільніше вводити препарати внутрішньом'язово (мал. 141). Антибіотики, сироватки, розчини дибазолу, папаверину, димедролу, магнію сульфату вводять внутрішньом'язово.

Внутрішньом'язова ін'єкція може бути виконана в ділянку плеча, стегна й сідниці. Цим способом найчастіше вводять лікарські засоби.

При внутрішньом'язовій ін'єкції у верхньозовнішній квадрант сідниці слід пам'ятати, що випадкове влучення голкою в сідничний нерв може спричинити

частковий або повний параліч кінцівки. Крім того, поруч локалізуються кістка і великі кровоносні судини. У пацієнтів з в'ялими м'язами це місце визначають із труднощами.

Під час визначення місця ін'єкції пацієнт може лежати:

а) на животі; б) на боці, при цьому нога, яка виявиться зверху, має бути розігнута в стегні й коліні.

Уклавши пацієнта в потрібне положення, слід прощупати задню верхню сідничу ость і великий сідничний горб. Уявлювана лінія проходить між цими двома орієнтирами.

Сідничний нерв проходить паралельно цій лінії і нижче.

Місце ін'єкції локалізується у верхньозовнішньому квадранті приблизно на 5—8 см нижче гребеня клубової кістки.

Довжина голки для внутрішньом'язової ін'єкції залежить від товщини під-

588

шкірної жирової клітковини пацієнта: при надмірній — довжина голки 60 мм (така довжина голки буває дуже рідко), при помірній — 40 мм.

У зв'язку з деякими відмінностями в анатомічній термінології, використовуваний у різних країнах, описана вище ділянка для ін'єкцій американськими колегами названа (1080§1иiea1 тшіе ігуесііоп 8іе (ділянка сідниці розташована ближче до спини).

На наш погляд, слід використовувати для внутрішньом'язових ін'єкцій і іншу ділянку сідниці, названу американськими колегами *уепіго§1ііеа1 тшісі ідіесііоп зііе* (ділянка сідниці, розташована ближче до живота).

Уепіго§1ііеа1 ігшвсіе містить середній й малий сідничні м'язи. Для визначення місця ін'єкції медична сестра поміщає кисть на сідничний горб (мал. 142), причому права рука використовується для лівого стегна, а ліва — для правого стегна.

Медична сестра поміщає великий палець руки в напрямку до паху пацієнта (інші чотири пальці спрямовані нагору, до голови), вказівний палець при цьому має розташовуватися над передньовверхньою остю сідничної кістки, а середній палець — витягнутий уздовж гребеня клубової кістки в напрямку до сідниці (мал. 143). Вказівний, середній пальці і гребінь клубової кістки утворюють У-подібний трикутник. Місце ін'єкції — у центрі цього трикутника.

Положення пацієнта — "на спині" або "на боці". Для того, щоб розслабити цей м'яз у положенні пацієнта "на боці", слід попросити його зігнути ногу в коліні й стегні.

Внутрішньом'язову ін'єкцію можна виконувати і в бічний широкий м'яз стегна (мал. 144, *а*), який добре розвинений і є найкращим місцем для ін'єкцій не тільки в дорослих, але й у дітей.

589

Середня третина м'яза є найкращим місцем для ін'єкції. Для визначення місця ін'єкції слід розташувати праву кисть на 1—2 см нижче вертлюга стегнової кістки (мал. 144, *б*), ліву кисть — на 1—2 см вище колінної чашечки. При цьому великі пальці обох кистей мають перебувати на одній лінії. Місце ін'єкції розташоване в центрі ділянки, утвореної вказівними й великими пальцями обох рук (див. мал. 144, *б*).

При виконанні ін'єкції в маленьких дітей і виснажених дорослих слід захоплювати шкіру і м'яз у складку, щоб бути впевненим, що лікарський препарат потрапив саме у м'яз.

Положення пацієнта при цій ін'єкції — лежачи на спині, з трохи зігнутою в колінному суглобі ногою або сидячи. Голку вводять у м'яз під кутом 90°.

Внутрішньом'язова ін'єкція може бути виконана і в дельтоподібний м'яз (мал. 145, *а*). Уздовж плеча проходять плечова артерія і нерви. Сестринський персонал рідко використовує цю ділянку для ін'єкцій, лише в тому випадку, коли інші місця недоступні або за необхідності щодня виконувати кілька внутрішньом'язових ін'єкцій. Слід пам'ятати, що в дітей цей м'яз не розвинений.

Визначити дельтоподібний м'яз можна, попросивши пацієнта звільнити плече й лопатку від одягу. Якщо рукава одягу вузькі (що стискають), не слід їх закривати. Рука пацієнта має бути розслабленою і зігнутою в ліктьовому суглобі. Пацієнт може лежати або сидіти. Сестра прощупує нижній край акро-міального відростка лопатки, що є основою трикутника, вершина якого — в центрі плеча. Місце ін'єкції — у центрі трикутника, приблизно на 2,5—5 см нижче акроміального відростка (мал. 145, *б*).

Місце ін'єкції можна визначити і по-іншому, приклавши чотири пальці в поперек дельтоподібного м'яза, починаючи від акроміального відростка. Голку вводять у м'яз під кутом 90°.

Нижче наведено характеристику м'язів, використовуваних для внутрішньом'язових ін'єкцій.

590

Місця для внутрішньом'язових ін'єкцій

1. Бічний м'яз стегна:

— великий, розвинений м'яз, без великих нервів і кровоносних судин;

— лікарські засоби з нього швидко всмоктуються.

2. Середній і малий сідничні м'язи:

— глибоко розташовані, лежать поза великими нервами, і судинами;

— віддаленість від відхідника знижує ризик занесення інфекції в ослаблених пацієнтів і дітей;

— місце ін'єкції легко визначається за виступальними кістковими орієнтирами.

3. Великий сідничний м'яз:

— є шанс ушкодити прилеглі сідничний нерв, великий вертлюг або великі судини;

— не використовується у дітей віком до 3 років, тому що розвинений слабо;

— місце ін'єкції має бути особливо чистим, щоб уникнути ускладнень.

4. Дельтоподібний м'яз:

— м'яз легкодоступний, однак не дуже добре розвинений у більшості пацієнтів;

— ін'єкції в дельтоподібний м'яз звичайно використовують для введення лікарського препарату у невеликих кількостях;

— не рекомендуються ін'єкції в зазначений м'яз дітям і дорослим зі слаб-корозвиненими м'язами;

— слід урахувати потенційну можливість ушкодження променевого або ліктьового нервів або плечової артерії;

— ін'єкції в дельтоподібний м'яз зумовлюють менший дискомфорт порівняно з іншими, а також меншу ймовірність порушення кровообігу.

Парентеральні методи протипоказані при значних ураженнях шкіри (опіки, екзема, псоріаз), при судомах, деяких психічних станах, збудженні пацієнта.

591

Особливості застосування біциліну. Біцилін застосовують для тривалого лікування і профілактики різних захворювань — сифілісу, профілактики ревматизму, інфекційних ускладнень.

Біцилін-1 — дибензилетилендіамінова сіль пеніциліну, погано розчинна у воді. Справляє протимікробну дію протягом 7—14 днів.

Біцилін-3 — комбінований препарат, суміш калієвої (натрієвої) солі пеніциліну, новокаїнової солі пеніциліну, біциліну-1 у рівних пропорціях. Дія проявляється в перші години після введення, тривалість дії — 4—7 днів.

Біцилін-5 — суміш новокаїнової солі пеніциліну, біциліну-1 у співвідношенні 1:4. Тривалість дії — 4 тиж. Біцилін розводять водою для ін'єкцій строго перед уведенням! Після розведення біциліну отримують суспензію. У місці ін'єкції утворюється лікарське депо, з якого лікарська речовина надходить у кров тривалий час.

Біцилін вводять тільки внутрішньом'язово, кращим місцем для ін'єкції є стегно: при ходьбі циркуляція крові посилюється, що сприяє покращанню розсмоктування ділянки депо.

Голка для ін'єкції має бути із широким просвітом. Прохідність голки попередньо потрібно перевірити, пропустивши через неї воду для ін'єкцій.

Після введення голки в м'яз поршень необхідно потягнути на себе, щоб переконатися, чи не потрапила голка в кровеносну судину.

На місце ін'єкції покласти тепло. Стежити за станом пацієнта.

Для швидкого надходження в організм лікарських засобів і швидшого проявлення їх оптимальної дії на патологічний процес застосовують метод *внутрішньовенного введення*.

Цей спосіб надходження ліків в організм найчастіше використовують у випадках, які потребують невідкладного втручання, у екстремальних ситуаціях або в разі раптового погіршення стану здоров'я пацієнта. Процедуру внутрішньовенного введення ліків застосовують при ускладнених проявах серцево-судинної недостатності (недостатність кровообігу, серцева астма, інфаркт міокарда, колапс), нападах бронхіальної астми,

різноманітних кольках (ниркова, печінкова), інтоксикаціях, септичних станах, порушеннях водно-солевого балансу, гіпертонічному кризі, коматозних станах, при значній втраті крові. Вимоги до лікарських засобів, які вводять внутрішньовенно:

- 1) стерильні та апірогенні;
- 2) осмотичний тиск має бути адекватний тиску крові;
- 3) температура — у межах від 20 до 25 °С.

Лікарські засоби вводять у формі водних або спиртових розчинів внутрішньовенно струминно за допомогою стерильного шприца ємністю 20 мл або крапельно за допомогою стерильної системи для внутрішньовенних вливань.

Внутрішньовенні струминні ін'єкції (впорскування). Найчастіше за допомогою цього методу вводять невеликі об'єми лікарських розчинів (10—20 мл). Іноді внутрішньовенно вводять одноразово декілька лікарських речовин, одна із яких є фармакологічно малоактивною (ізотонічний розчин натрію хлориду,

592

5 % розчин глюкози), інші — фармакологічно активнішими, наприклад серцеві глікозиди, вітаміни, метаболіти, гормони.

Найчастіше для виконання маніпуляції використовують вену ліктьового згину, а також вени кисті, підключичну або стегнову вени. За неможливості введення ін'єкційної голки в порожнину вени (венопункція) доступ до неї проводять оперативним методом (венесекція). Після проведення внутрішньовенної ін'єкції можуть виникнути такі ускладнення: запалення стінок вени (флебіт); при необачному введенні олійних розчинів — жирова емболія; за швидкого введення лікарських засобів — запаморочення, колапс, порушення серцевого ритму.

В усіх випадках ускладнень внутрішньовенне введення лікарських засобів треба припинити і питання подальшого їх уведення шляхом венепункції погодити з лікарем.

Катетеризація периферійних вен

Як доводить сучасна практика, у більшості випадків катетеризація периферійних вен більш доцільна і безпечна.

Внутрішньовенна терапія з використанням периферійного венозного катетера практично не спричинює ускладнень за умов дотримання таких умов: метод має застосовуватися не час від часу, а стати постійним і звичним у практиці; слід забезпечити бездоганний догляд за катетером.

Периферійний венозний катетер вводять у периферійну вену (таким чином забезпечується доступ у кров'яне русло) за таких обставин:

1. Уведення лікарських препаратів пацієнтам, які не можуть приймати їх перорально, або коли необхідно швидко ввести ліки в ефективній концентрації (це особливо важливо, якщо препарат може змінити свої властивості при пероральному прийманні).
2. Проведення частих курсів внутрішньовенної терапії.
3. Інвазивний моніторинг кров'яного тиску.
4. Узяття крові для серії клінічних досліджень, які виконують з тимчасовими інтервалами, наприклад, визначення толерантності до глюкози, вмісту лікарських засобів (наркотиків) у плазмі крові.
5. Доступ у кров'яне русло при невідкладних станах (швидкий венозний доступ за необхідності екстреного вливання лікарських засобів або досягнення великої швидкості введення розчинів).
6. Переливання препаратів крові.
7. Парентеральне харчування (крім уведення поживних сумішей, що містять ліпіди).
8. Регідратація організму.

593

Правильно обраний венозний доступ досить важливий для успішної внутрішньовенної терапії.

Під час *обирання катетера* враховують:

- діаметр вени;
- необхідну швидкість введення розчину;
- потенційну тривалість функціонування катетера у вені;
- властивості розчину, який уводять.

Види периферійних венозних катетерів та їх застосування (мал. 146):

а) 14 САПЮЕ — оранжевий колір — для швидкого переливання крові;

б) 16 ОАПЮЕ — сірий колір — для швидкого переливання крові або компонентів крові;

в) 18 САПТСЕ — зелений колір — для переливання крові або введення більших об'ємів рідини при проведенні хірургічних операцій;

г) 20 САПЮЕ — рожевий колір — для введення великих об'ємів рідини або крові (при використанні тонкостінного катетера), швидкого введення контрастних засобів при діагностичних процедурах;

г) 22 ОАПЮЕ — блакитний колір — для проведення довготривалої медикаментозної або інфузійної терапії, процедур у дітей, у дорослих — на дрібних венах;

д) 24 САПЮЕ — жовтий колір — для дітей, новонароджених, виконання хіміотерапії.

Істотне значення має, з якого матеріалу виготовлений катетер. Вітчизняні катетери переважно поліетиленові. Це найпростіший в обробці матеріал, однак він зумовлює підвищену тромбогенність, подразнення внутрішньої оболонки судин, через свою твердість здатний їх перфорувати. Кращі тефлонові й поліуретанові катетери, наприклад неофлон (інфузійна канюля). При їх застосуванні виникає значно менше ускладнень; якщо забезпечити за ними якісний догляд, термін їхньої експлуатації набагато

594

більший, ніж поліетиленових. Це дає виражений економічний ефект, незважаючи на досить високу вартість цих катетерів. Головне — узяти найменший катетер, що забезпечує необхідну швидкість введення розчину в самій великій з доступних периферійних вен (див. мал. 147).

При *обиранні місця катетеризації* враховують:

- переваги пацієнта;
- простоту доступу і придатність кровоносних судин для катетеризації.

Найчастіше катетеризують латеральні (бічні) і медіальні (присередні) поверхневі вени руки, серединні (проміжні) вени ліктя і серединні (проміжні) вени передпліччя. Іноді за неможливості їх катетеризувати використовують п'ясткові і пальцеві вени (мал. 147).

Вибір вени для катетеризації:

— спочатку використовують дистальні вени;

— обирають вени м'які й еластичні на дотик;

— перевагу віддають великим венам, що відповідають довжині катетера;

— установлюють катетер у вену не на "робочій" руці.

Катетер не слід вводити в такі вени:

- вени, тверді на дотик і склерозовані (можливе ушкодження їхньої внутрішньої оболонки);
- вени згинальних поверхонь суглобів (високий ризик механічного ушкодження);
- вени, розміщені близько до артерій або їхніх проекцій (великий ризик проколу);
- вени нижніх кінцівок;

- вени, які були раніше катетеризовані (можливе ушкодження внутрішньої стінки судини);
- вени кінцівок з переломами (можливе ушкодження вен);
- вени, які невеликі за розміром, видимі, але не пальпуються (їхній стан невідомий);
- вени долонної поверхні рук (небезпека їх ушкодити);
- серединні ліктьові вени (зазвичай їх використовують для взяття крові на дослідження);
- вени на кінцівці, що зазнавала хірургічного втручання або хіміотерапії.

595

Внутрішньовенне краплинне вливання (інфузія). Для проведення краплинного вливання до голки приєднують пристрій для вливання крові, кровозамін-ної рідини та інфузійних розчинів — одноразову систему (мал. 148). Внутрішньовенні вливання залежать від в'язкості, температури розчину, розміру використовуваних флакона та голки, також розміру та розміщення вени, стану тканин у місці введення голки.

Обираючи *систему одноразового використання*, враховують колір напису на поліетиленовому пакеті: для крові та кровозамінної рідини напис червоного кольору (голка для крові більшого діаметра)!

За допомогою внутрішньовенних вливань в організм вводять різні лікарські засоби: розчини глюкози, натрію хлориду, калію, кальцію, еуфіліну, сірчаноокислої магнезії; серцеві глікозиди, анальгетики, седативні препарати, антибіотики, вітаміни. Також краплинним способом уводять кров і кровозамінні розчини, плазму, поліглюкін, гемодез. За допомогою затискача регулюють необхідну швидкість краплинного вливання (здебільшого 40—60 крапель за 1 хв). Значне зменшення частоти крапель (менше 10 за 1 хв) може призвести до тромбування вени, а збільшення (понад 60 за 1 хв) — до перевантаження серцево-судинної системи. Під час проведення внутрішньовенного краплинного вливання необхідно стежити за загальним станом пацієнта, систематично вимірювати пульс, дихання, артеріальний тиск. Краплинне вливання, насамперед сильнодійних засобів, передбачає обов'язкову присутність медичного персоналу під час усього періоду проведення маніпуляції.

Ємність із розчином має розміщуватися на висоті 90 см від пацієнта. Якщо вона розташована дуже низько, то швидкість вливання не є оптимальною і кров потраплятиме в систему для вливання з формуванням згустка.

Якщо після витягання голки місце введення має вигляд запаленого, голку відправляють на мікробіологічне дослідження.

При сповільненому вливанні не можна форсувати введення рідини, стискати флакон або катетер, адже це збільшує тиск на вену і може спричинити її проколвання, через що розчин розтікатиметься по прилеглих тканинах. Тиск у тканинах нижчий за венозний, тому тік рідини відновиться. Але внаслідок проникнення рідини тиск у тканинах дуже швидко збільшиться, вливання припиниться і рука пацієнта роздується.

Правила виконання вливання

1. Рідина не потрапляє у вену:

- за необачності система не підключена — підключити і встановити необхідну швидкість вливання;
- переконатися, що трубка системи не скручена — перевірити, наскільки добре закріплена голка, чи не зміщена вона;
- перевірити висоту флакона — він має бути розташований на 90 см вище від місця введення;
- перевірити положення кінцівки — іноді її необхідно зафіксувати м'якою шиною;

596

- не стискати трубку системи — це мож призвести до витікання розчину в прилеп тканини і формування згустків крові в дріб них кровоносних судинах;
- при введенні холодного або дуже кон центрованого розчину можливий спазм веш допомога — злегка помасажувати шкіру на веною або локально застосувати тепло, щ сприятиме розширенню судин.

2. Огляд місця введення голки:

- дізнатися в пацієнта, чи відчуває ві біль у цьому місці;
- при запаленні або набряку місця вве дення негайно витягнути голку.

3. Витягання голки з вени:

- після оброблення рук обережно знят прозору наклейку або фіксуєчий пластир на місцем уведення голки;
- за допомогою стерильного тампон акуратно витягнути голку, щільно притиснут тампон до шкіри; використану голку утилізу вати;
- продовжувати притискати місце ви тягнення голки ще декілька хвилин до припи нення кровотечі. Приклеїти стерильний плас тир. Вимити руки, записати в документацію.

Примітка: для виконання процедури по трібно правильно розрахувати швидкість уве дення рідини (об'єм рідини і час уведенн призначає лікар) за формулою:

Об'єм Кількість крапель в 1 мл

Час (год) 60

Кількість крапель за 1 хв може бути вказано на етикетці лікарського засобу.

Далі налаштувати систему для вливання, підраховуючи за допомогою годинника кількість крапель за 1 хв. Швидкість уведення постійно перевіряють під час виконання маніпуляції.

597

Постін'єкційні ускладнення

Недотримання правил асептики при обробленні рук персоналу і тіла хворого, а також порушення правил стерилізації інструментарію можуть спричинити різні ускладнення, насамперед у ділянці ін'єкції.

Найчастіший їх прояв — післяін'єкційні інфільтрати, які здебільшого з'являються в недостатньо васкуляризованих ділянках (сідниці, зовнішня ділянка плеча).

Інфільтрат — найпоширеніше ускладнення після підшкірної і внутріш-ньом'язової ін'єкцій. Переважно інфільтрат виникає:

- 1) якщо не правильно вибрано голку (для внутрішньом'язової ін'єкції використовували коротку голку, призначена для внутрішньошкірних, підшкірних і внутрішньовенних ін'єкцій). Деякі лікарські засоби при внутрішньом'язовому введенні короткою голкою зумовлюють сильне хімічне подразнення тканин, тривало всмоктуються, що зрештою призводить до утворення інфільтратів;
- 2) якщо неправильно обрано місце ін'єкції;
- 3) якщо часто виконують ін'єкції в одне й те саме місце.

У разі недотримання правил антивірусної профілактики при стерилізації шприців можливе зараження пацієнта вірусом інфекційного гепатиту.

Слід зазначити, що деякі речовини, які вводять підшкірно або внутріш-ньом'язово (камфорне масло, розчин магнію сульфату), у зв'язку з повільним їх розсмоктуванням можуть спричинювати розвиток асептичних (безмікроб-них) інфільтратів. Інфільтрат характеризується утворенням ущільнення в місці ін'єкції, яке легко визначається під час пальпації. При перших ознаках запального процесу (гіперемія шкіри, набряк, підвищення місцевої і загальної температури, різкий біль у ділянці уколу) доцільно застосувати спеціальні медичні заходи.

У разі виникнення інфільтрату показані місцеві зігрівальні компреси (на плече), грілка (на ділянку сідниці), проведення сеансів УВЧ-терапії.

Абсцес — гнійне запалення м'яких тканин з утворенням порожнини, заповненої гноем і відмежованої від прилеглих тканин піогенною мембраною.

Причини утворення абсцесу такі самі, що й інфільтратів. При абсцесі відбувається, крім того, інфікування м'яких тканин унаслідок порушення правил асептики. У разі формуванні гнійного процесу (утворення абсцесу) показане хірургічне втручання.

При внутрішньом'язовому введенні деяких ліків (еуфіліну, магнію сульфату, анальгін, димедролу) у ділянці ін'єкції може виникнути різкий біль. Тому ці препарати слід вводити разом із невеликою кількістю (1—2 мл) 0,5 % розчину новокаїну. Біль може з'явитися також унаслідок потрапляння ін'єкційної голки в нервовий стовбур.

Гематома (крововилив під шкіру) — також наслідок невдалої венепункції: під шкірою з'являється багряна пляма, оскільки голка проколола обидві стінки вени і кров потрапила в тканину. У цьому разі венепункцію припиняють і

598

притискають її на кілька хвилин ватно-марлевым тампоном, змоченим спиртом, або застосовують засоби для спинення кровотечі. Призначену пацієнтові внутрішньовенну ін'єкцію роблять в іншу вену, а на ділянку гематоми накладають напівспиртовий компрес. Серед інших досить казуїстичних ускладнень трапляється поломка ін'єкційної голки, наприклад при зіткненні її з кісткою під час проведення внутрішньом'язової ін'єкції.

Поломка голки під час ін'єкції можлива внаслідок різкого скорочення м'язів сидниці під час внутрішньом'язової ін'єкції, якщо з пацієнтом перед ін'єкцією не проведено психопрофілактичну бесіду або ін'єкцію виконано хворому в положенні стоячи. Здебільшого вийняти голку вдасться шляхом хірургічного втручання.

Ускладнення спостерігають і за внутрішньовенного введення лікарських засобів. При проколюванні обох стінок вени внаслідок порушення техніки венепункції або при ущільнених стінках судини може утворитися паравенозна гематома, яку визначають за збільшенням об'єму тканини в ділянці ін'єкції і появою темної плями під шкірою. У цьому випадку голку негайно виймають із вени і на місце ін'єкції накладають щільну пов'язку. При випадковому введенні лікарських засобів у підшкірну жирову клітковину може з'явитися різкий біль і за кілька годин після ін'єкції розвинути підшкірний крововилив.

Слід також бути обачним і під час застосування олійних розчинів, при потраплянні яких у венозне русло може виникнути жирова (олійна) емболія.

Медикаментозна емболія (від герц. *emboia* — вторгнення) можлива в разі введення олійних розчинів підшкірно або внутрішньом'язово (внутрішньовенно олійні розчини не вводять!). Олія, потрапивши в артерію, закупорює її, що призводить до порушення трофіки прилеглих тканин, їх некрозу. Ознаки некрозу — біль, що посилюється в ділянці ін'єкції, набряк, почервоніння або багряно-синюшне забарвлення шкіри, підвищення місцевої і загальної температури тіла. Якщо олія потрапить у вену, то з током крові проникне в легеневі судини. Симптоми емболії легеневих судин: раптовий напад ядухи, кашель, посиніння верхньої половини тулуба (ціаноз), відчуття стиснення в грудях.

Повітряна емболія при внутрішньовенних ін'єкціях і вливаннях є таким само тяжким ускладненням, як і олійна. Ознаки повітряної емболії — як олійної, але з'являються вони дуже швидко (протягом 1 хв), тому що ліктьова вена велика й анатомічно розташована близько до легеневих судин. Через грубе порушення техніки внутрішньовенного введення лікарських засобів можливе потрапляння повітря в судинне русло. Для запобігання цьому слід суворо стежити, аби зі шприца або із системи при проведенні вливання було видалено все повітря.

Помилкове введення лікарського препарату також слід розглядати як ускладнення ін'єкції. У подібних випадках потрібно негайно ввести в місце ін'єкції навколо нього ізотонічний розчин натрію хлориду 50—80 мл. Це знизить концентрацію введеного помилково препарату

і зменшить його подразливу дію на тканини. Із цією само метою на місце ін'єкції можна покласти міхур з льодом.

599

Антагоністи помилково введеного лікарського засобу вводять тільки за призначенням лікаря. Якщо препарат уведено (помилково) підшкірно, то перш ніж уводити ізотонічний розчин натрію хлориду, слід накласти джгут вище від місця ін'єкції (при цьому вповільнюється усмоктування лікарського засобу).

Ушкодження нервових стовбурів можливе при внутрішньом'язових і внутрішньовенних ін'єкціях: або механічне (при неправильному виборі місця ін'єкції), або хімічне (депо лікарського засобу виявляється поруч із нервом: при внутрішньовенній ін'єкції частина лікарського засобу може потрапити під шкіру; закупорка судини, що живить нерв. Тяжкість ускладнення може бути різною — від невриту (запалення нерва) до паралічу (виключення функції).

Тромбофлебіт — запалення вени з утворенням у ній тромбу. Спостерігається при частих венепункціях однієї і тієї само вени або при використанні недостатньо гострих голок. Ознаками тромбофлебіту є біль, гіперемія шкіри й утворення інфільтрату по ходу вени. Температура тіла може бути субфебрильною.

Некроз (змертвіння) тканин може розвинутися внаслідок невдалої венепункції або помилкового введення під шкіру значної кількості подразливого засобу. Найчастіше це трапляється при невдалому внутрішньовенному уведенні значної кількості 10 % розчину кальцію хлориду. З метою профілактики цього ускладнення необхідно негайно припинити подальше введення ліків, спробувати відкачати розчин, який вилився у підшкірну жирову клітковину, а потім в уражену ділянку іншим шприцом ввести 5—10 мл 0,25 % розчину новокаїну, а по периметру ділянки — 25 % розчин магнію сульфату, антагоніст кальцію хлориду. Міхур з льодом у цьому випадку не накладають, тому що 10 % розчин кальцію хлориду небезпечний щодо місцевої подразливої дії.

Сепсис (загальне інфекційне захворювання) може виникнути при грубих порушеннях правил асептики під час проведення внутрішньовенної ін'єкції або вливання, а також у разі використання нестерильних розчинів.

Ускладненнями при катетеризації центральних та периферійних вен є ка-тетерасоційовані інфекції, спричинені збудниками *S. aureus*, *S. pyogenes*, *Staph. aureus*, *En. iergococci* зрр., *СanііШа* зрр. До віддалених ускладнень, які виникають через 2—4 міс. після ін'єкції, можна віднести **вірусний гепатит В, А, ні А ні В** (сироватковий гепатит) — інфекційне захворювання, інкубаційний період якого триває 2—6 міс, а також **ВІЛ-інфекцію**, при якій інкубаційний період становить від 6—12 тиж. до кількох місяців.

Алергійні реакції на введення того або іншого лікарського препарату шляхом ін'єкції можуть перебігати у вигляді кропив'янки, гострого нежитю, гострого кон'юнктивіту, набряку Квінке. Найтяжча форма алергійної реакції — анафілактичний шок.

Про розвиток у пацієнта алергійної реакції на введення лікарського засобу слід негайно повідомити лікаря і приступити до надання екстреної допомоги.

Анафілактичний шок розвивається протягом кількох секунд або хвилин з моменту введення лікарського препарату. Що швидше розвивається шок, тим

600

гіршим є прогноз. Блискавичний перебіг шоку закінчується летально. Найчастіше анафілактичний шок характеризується такою послідовністю ознак: загальне почервоніння шкіри, висип, напади кашлю, виражене занепокоєння, порушення ритму дихання, блювання, зниження артеріального тиску, серцебиття, аритмія. Симптоми можуть з'являтися в різних комбінаціях. Смерть звичайно настає від гострої дихальної недостатності внаслідок бронхоспазму й набряку легенів, гострої серцево-судинної недостатності.

При проведенні внутрішньовенних вливань необхідно стежити за станом пацієнта, звертати увагу на його зовнішній вигляд, періодично визначати пульс, частоту дихання. У разі погіршення стану — терміново застосувати заходи першої медичної допомоги, своєчасно викликати лікаря і припинити подальше виконання процедури.

Вакуумні системи взяття крові ВАКУЕТ. Процедура взяття крові за допомогою вакуумних пробірок

Для взяття проб крові найбільш придатними є закриті вакуумні системи ВАКУЕТ. Цей спосіб має деякі переваги: узяття крові безпосередньо в пробірку (запобігає будь-якому контакту медика із кров'ю пацієнта); швидкість узяття крові (5—10 с); можливість узяття кров у дві або більше пробірки за дуже короткий проміжок часу без повторного введення голки у вену; максимально точне дотримання співвідношення кров — коагулянт; простота і надійність маркування та транспортування зразків; можливість використання пробірок при роботі з автоматичними аналізаторами.

Закрита система для взяття крові — це стерильна закрита кришкою пробірка, що виготовлена в заводських умовах, голка для венепункції, голкотримач, який може бути інтегрований з голкою.

Сама пробірка може мати негативний тиск для затягування крові всередину (вакуумний тип), а також реактиви й інші добавки у необхідному, строго визначеному співвідношенні.

Узяття крові виконують у процедурних кабінетах, які мають бути забезпечені:

1) столом для взяття проб крові (можливе використання пересувного столика), підставками (штативами) для пробірок, кріслом для венепункції. Пацієнту під час венепункції має бути максимально комфортно і безпечно у кріслі. Крім того, він має бути доступним для медичного персоналу процедурного кабінету. Тому обидва підлокітники крісла мають розміщуватися так, щоб можна було знайти оптимальну для кожного пацієнта позицію під час венепункції. Слід враховувати, що крісло має запобігати падінню пацієнта, якщо той знепритомнів;

601

2) кушеткою;

3) холодильником;

4) гумовими рукавичками — одноразовими чи багаторазовими.

5) голками, які мають зберігатися в індивідуальних упаковках з кольоровим кодом відповідно до їхнього калібру. Калібр голки вказує на її діаметр. Традиційно використовують голки калібром від 190 до 230. Голки обов'язково мають бути стерильними. Отже, завжди треба звертати увагу на цілість упаковки і термін застосування;

6) голкотримачами, які мають відповідати діаметру пробірок;

7) вакуумними пробірками для взяття крові. За відсутності вакуумних пробірок — одноразовими пластиковими і скляними пробірками. Недопустимо застосовувати скляні пробірки з колотим верхом, такі, що мають тріщини, а також використовувати їх повторно;

8) джгутами — одноразовими і багаторазовими, гумовими і латексними, що спеціально призначені для цих цілей. При потраплянні крові чи інших біологічних рідин на багаторазовий джгут його потрібно знезаразити. Одноразові джгути утилізують разом з використаним матеріалом;

- 9) марлевими серветками, а саме стерильними марлевими серветками (5x5 см чи 7,5x7,5 см) або серветками в заводській упаковці, що просякнені антисептичними засобами. *Увага!* Ватні кульки використовувати не рекомендується (за даними міжнародних стандартів);
- 10) антисептичними засобами (що дозволені до застосування) для оброблення поверхні ін'єкційного поля. Застосовують у вигляді розчинів, що наносяться на стерильну марлеву серветку, або серветок (у заводській упаковці), просякнених такими засобами;
- 11) спеціальним захисним одягом для персоналу, що виконує маніпуляцію: халатом (штани і куртка чи комбінезон; халат поверх штанів чи комбінезона), шапочкою (косинкою), марлевою маскою, захисними окулярами чи щитком, гумовими рукавичками. Халат потрібно змінювати в міру забруднення, але не рідше 2 разів на тиждень. Має бути передбачена негайна зміна спецодягу у випадку забруднення його кров'ю;
- 12) рукавичками — допускається багаторазове їх використання зі знезараженням після кожного пацієнта дворазовим протиранням серветками одноразового використання, просякненими антисептичними засобами бактерицидної та противірусної дії. При взятті крові з підключичного катетера рукавички мають бути стерильні, одноразового використання;
- 13) стерильним пінцетом;
- 14) подушкою для вирівнювання ліктьового згину (за відсутності спеціального крісла або підставки);
- 15) контейнерами (контейнером настільним для голки з упором для безпечного зняття голки; контейнером із вкладеним пластиковим мішком для збирання відходів). Контейнер для збирання відходів має бути міцним. Туди складають використані голки (за відсутності першого контейнера), шприци з голками чи вакуум-утримувальні системи, використаний перев'язувальний матеріал);

602

- 16) льодом чи іншим охолоджувачем (рекомендується);
- 17) бактерицидним лейкопластирем для закриття місця ін'єкції;
- 18) зігрівальними приналежностями для посилення току крові — тепла (близько 40 °C) волога серветка, яку прикладають до місця пункції на 5 хв;
- 19) антисептичними засобами для оброблення рук і рукавичок;
- 20) дезінфекційним засобом для знезараження використаного матеріалу і робочих поверхонь.

Пам'ятка щодо проведення маніпуляції. На робочому місці процедурної сестри варто зберігати пам'ятку з вибору тієї чи іншої пробірки для мінімально необхідного об'єму крові, особливостей поводження зі зразком, правил безпеки залежно від дослідження, що планується. Пробірки для взяття крові і бланки направлень маркують заздалегідь одним реєстраційним номером.

Ідентифікація пацієнта. Слід переконатися, що кров братимуть саме в того пацієнта, чие прізвище зазначено в направленні. Незалежно від підрозділу клініки для ідентифікації пацієнта необхідно зібрати таку інформацію:

- *амбулаторний пацієнт*: з'ясувати його ім'я і прізвище, домашню адресу і дату народження, номер амбулаторної карти (порівняти цю інформацію з тією, що зазначена в направленні);
- *стаціонарний пацієнт*: з'ясувати ті самі дані — якщо пацієнт притомний (порівняти з інформацією, що зазначена в направленні);
- *невстановлений пацієнт* (пацієнт непритомний чи з порушеною свідомістю): у приймальному відділенні такому пацієнту має бути надане певне тимчасове, але чітке визначення, доки його особистість не буде встановлено.

Бесіда з пацієнтом передбачає завоювання довіри пацієнта. Потрібно пояснити йому, що хоч процедура взяття крові є часом і дещо болючою, але вона короткочасна. При взятті крові

у пацієнта з порушеною свідомістю необхідно дотримувати особливої обережності, щоб запобігти несподіваним рухам під час уведення голки чи перебування її у просвіті вени. Напоготові має бути марлева серветка.

Перевірка дотримання пацієнтом обмежень у їжі (з урахуванням приймання препаратів, призначених пацієнту). Для деяких досліджень слід брати кров натще. Для отримання правильних результатів аналізу необхідно переконатися в дотриманні цих обмежень. Процедура забезпечення дотримання дієтичних обмежень, а також процедура оповіщення персоналу про їх скасування після взяття крові залежить від правил відповідного закладу охорони здоров'я.

Процедура взяття крові за допомогою вакуумних пробірок:

1. Вибрати пробірки, що відповідають результатам тестів, підготувати голку, серветки, просякнені спиртом, пластир.
2. Накласти джгут (на 7—10 см вище місця венепункції).
3. Попросити пацієнта стиснути кулак. *Не можна пропонувати пацієнтові виконати для руки фізичне навантаження (енергійне "стискання кулака кілька разів"), адже це може призвести до змін концентрації в крові деяких показників.*
4. Вибрати місце венепункції. Найчастіше використовують серединну вену ліктя і підшкірну вену, однак можна здійснювати пункцію менш повнокровних вен тильної поверхні зап'ястка і кисті.

603

5. Взяти голку і зняти захисний ковпачок (якщо використовується двобічна голка, зняти захисний ковпачок сірого кольору).
6. Помістити голку в голкотримач і загвинтити до упору.
7. Продезінфікувати місце венепункції (марлевою серветкою, зволоженою антисептичним засобом) круговими рухами, від центра до периферії.
8. Почекати до повного висихання антисептичного засобу чи просушити місце венепункції стерильним сухим тампоном (*не пальнувати вену після оброблення*[^]). Якщо під час венепункції виникли складнощі і вену довелось промацувати повторно, цю ділянку потрібно продезінфікувати знову.
9. Зняти ковпачок з протилежного боку голки.
10. Обхопити лівою рукою передпліччя пацієнта так, щоб великий палець був на 3—5 см нижче від місця венепункції, натягнути шкіру. Розмістити голку по ходу вени, скосом вгору, і пунктувати вену під кутом 25—30° до шкіри.
11. Заздалегідь підготовлену пробірку до упору помістити в голкотримач і утримувати доти, доки кров не припинить надходити в пробірку. При цьому голка, що розміщена з протилежного боку від вени, проколє гумову мембрану і гумову заглушку в кришці пробірки, і утворюється канал між пробіркою з вакуумом і порожниною вени. Кров надходитиме у пробірку, доки не компенсує вакуум у ній (якщо кров не йде — це означає, що голка пройшла вену наскрізь, і в цьому разі потрібно трохи витягнути голку (але не виймати!), доки кров не піде в пробірку). Точність заповнення пробірки становить $\pm 10\%$ від номінального об'єму. Для візуального контролю рівня заповнення на етикетці в пробірках деякі виробники зазначають оцінку рівня наповнення. При витяганні пробірки гумова мембрана повертається у вихідне положення, перекриваючи тік крові по голці. Якщо необхідно, у голкотримач можна вставляти інші пробірки для одержання об'єму крові, необхідного для різних досліджень. Повторно вводити голку у вену для цього не потрібно. Якщо необхідно взяти кров у кілька пробірок, треба повторити попередні процедури.

Пам'ятайте:

1. Суворо дотримуйте порядку взяття крові.
2. Пробірки для сироватки мають кришку червоного кольору.
3. Пробірки для дослідження коагуляції — кришку блакитного кольору.

4. Пробірки з іншими добавками — кришки бузкового, зеленого та інших кольорів.
5. Тільки-но кров почне надходити в пробірку, зніміть джгут.
6. Переконайтеся, що пацієнт розтиснув кулак.
7. Коли всі необхідні пробірки наповнені, прикладіть суху стерильну серветку до місця венепункції.
8. Витягніть голку і зніміть її з голкотримача, застосовуючи спеціальний контейнер для використаних голок.
9. Накладіть на руку стисну пов'язку чи бактерицидний пластир.

604

10. Акуратно переверніть пробірку 8—10 разів. *Не струшувати пробірку; різке змішування може спричинити утворення піни і гемолізи*
11. Помістіть використаний інструментарій і матеріали в спеціально призначений лоток чи контейнер для проведення дезінфекції.
12. Переконайтеся в гарному самопочутті пацієнта.
13. Нанесіть на етикетку найменування закладу, прізвище й ініціали пацієнта, його стать, вік, дату і час узяття крові і відправте пробірку в лабораторію.
14. Транспортуйте пробірки в спеціальних контейнерах із кришками, що піддаються дезінфекції. Обробіть руки в рукавичках дезінфекційним засобом.

Особливі ситуації при взятті крові

Час виконання процедури. У деяких випадках кров необхідно брати у визначений час: при прийманні окремих лікарських препаратів, натще і/чи внаслідок добових коливань біологічних параметрів (циркадного ритму). Важливо, щоб узяття таких проб здійснювали протягом суворо встановленого проміжку часу. Персонал, що проводить венепункції, має точно дотримувати цих правил.

Приклади досліджень, що передбачають узяття крові у визначений проміжок часу:

- дослідження показників, що змінюються протягом доби (наприклад, глюкоза, кортикостероїди й інші гормони, сироваткове залізо);
- моніторинг проведеної терапії (наприклад, протромбіновий час, концентрація саліцилової кислоти, дигоксину й інших лікарських препаратів).

Потрібно точно записувати на бланку направлення дозу препарату і час його останнього приймання, а також час узяття крові.

Особливості взяття крові для окремих досліджень. При взятті проби для визначення вмісту алкоголю в крові місце венепункції дезінфікують речовиною, яка не містить спирту (наприклад милом). При взятті, транспортуванні і зберіганні зразків для культивування крові слід дотримувати визначених часових і температурних умов. Слід зауважити, що об'єм крові, необхідний для культивування, може бути різним. Зазвичай на один аналіз необхідно взяти 10—20 мл крові дорослого і 1—2 мл крові немовляти. При взятті крові для визначення вмісту мікроелементів не можна використовувати пробірки, виготовлені з металу.

Перелік практичних навичок

1. Вибірка призначень з історії хвороби.
2. Складання вимоги-накладної на лікарські засоби.
3. Правила отримання лікарських засобів з аптеки і розподіл їх на робочих місцях.
4. Облік і зберігання отруйних та сильнодійних препаратів.
5. Правила роздавання лікарських засобів.

605

6. Закапування в ніс судинозвужувальних крапель.
7. Закапування крапель в очі та вуха.
8. Застосування мазі.
9. Застосування пластиру, присипок, "бовтанок", пасти.
10. Уведення лікарського засобу в піхву.
11. Застосування свічок (ректально).
12. Інгаляційне введення ліків.
13. Збирання шприца одноразового використання на стерильний лоток.
14. Набирання лікарського засобу з ампул та флаконів.
15. Розведення антибіотиків та проведення проби на чутливість до них.
16. Виконання внутрішньошкірної та внутрішньом'язової ін'єкцій.
17. Особливості введення інсуліну.
18. Особливості введення олійного розчину.
19. Виконання підшкірної ін'єкції.
20. Техніка внутрішньовенного вливання.
21. Поставлення периферійного венозного катетера.
22. Уведення лікарського засобу через венозний катетер.
23. Основні правила щоденного догляду за катетером.
24. Видалення венозного катетера.
25. Пункція вени з метою кровопускання та взяття крові на аналіз.
26. Узяття крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію.
27. Заповнення системи рідиною або кров'ю та приєднання до вени.

Вибірка призначень з історії хвороби

Палатна медична сестра, роблячи вибірку призначень з медичної карти стаціонарного хворого, щоденно переписує їх у листок призначень окремо для кожного хворого.

1. Зошит призначень, у якому для кожного пацієнта відведено окремий листок, куди занесено всі призначення хворого.
 2. Листок призначень, у якому зазначено ліки, які вводять парентерально (для маніпуляційної медичної сестри).
 3. Зошит разових призначень, які проводять перед сном (для чергової медичної сестри).
- У разі призначення пацієнтові нових ліків палатна медична сестра повідомляє про це старшу медичну сестру для виписування їх з аптеки.
- За відсутності необхідних ліків медична сестра має повідомити лікаря.

Складання вимоги-накладної на лікарські засоби

Мета: отримати лікарські засоби з аптеки.

Дії

1. Лікарські засоби у відділенні виписує старша медична сестра згідно із заявками палатних сестер.

606

2. Старша медична сестра підсумовує призначені ліки і виписує вимогу-замовлення на їх одержання з аптеки (див. форму вимоги-замовлення)
3. Вимогу виписують у трьох екземплярах. Один екземпляр направляють в аптеку, другий залишається у відділенні, третій — в економічному відділі лікарні.
4. На окремих бланках (у чотирьох екземплярах) виписують сильнодійні прості лікарські засоби — не латинською мовою.
5. На окремих бланках (у чотирьох екземплярах) виписують наркотичні препарати та отруйні — латинською мовою; при цьому зазначають прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, номер історії хвороби, діагноз.
6. На окремому бланку — гостродефіцитні ліки, при цьому зазначають прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, номер історії хвороби, діагноз.

7. Окремо — спирти і спиртові розчини латинською мовою із зазначенням методу вживання.
8. Усі ліки виписують із зазначенням доз і кількості упаковок.

Форма вимоги-замовлення

Назва закладу (відділення тощо) Штамп закладу

Код закладу за ЗКУД Код закладу за ЗКПО

Аптека №

Кому _____

ВИМОГА-ЗАМОВЛЕННЯ №

від _____ 200__р.

Через кого_

Довіреність №_

від

№ з/п	Найменування товару	Одиниця виміру (код)	Кількість упаковок (шт.)		За роздрібними цінами		За оптовими цінами	
			замовлено	відпущено	ціна	сума	ціна	сума
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								

Продажу сума (словами)

Замовив _____

Одержав _____

Відпустив

П.І.Б. керівника закладу Головний бухгалтер Кругла печатка закладу Дата _____

Завідувач аптеки _____

Приклад: розчин анальгіну 50 % — 2,0 № 10.

607

Правила отримання лікарських засобів з аптеки і розподіл їх на робочих місцях

Мета: забезпечити умови в роботі з лікарськими засобами, дотримувати техніку безпеки.

1. Отримання лікарських засобів:

- отримують ліки з аптеки тільки медичні працівники;
- аптеки видають ліки лише в оригінальній заводській чи аптечній упаковці;
- при одержанні перевіряють: наявність етикеток на них, дозування, дату виготовлення, зовнішній вигляд ліків, герметичність упакування.

2. Розподіл на робочому місці:

- засоби, призначені для парентерального введення, зберігають у процедурному кабінеті в скляних шафах, де розміщують їх за групами з урахуванням механізму дії;
- засоби для зовнішнього і внутрішнього застосування мають зберігатися на посту медичної сестри у спеціальних шафах, що закриваються на ключ, на окремих полицках із позначками "Зовнішнє", "Внутрішнє";
- препарати, які розкладаються під дією світла, зберігають у темних флаконах у захищеному від світла місці;
- препарати з різким запахом і вогнебезпечні речовини зберігають окремо (йодоформ, ефір, спирт та ін.);
- ліки, які швидко псуються, зберігають у холодильнику (настої, відвари, мікстури, сироватки, вакцини).

Примітка. При зберіганні лікарських засобів не можна: замінювати упаковку, етикетки на них; однакові лікарські препарати з різних упаковок об'єднувати в одну; зберігати ліки без етикеток. Ознаки псування ліків: поява нальоту, осаду у вигляді пластівців, зміна кольору, запаху.

Облік і зберігання отруйних та сильнодієвих препаратів

Мета: контролювати застосування наркотичних препаратів суворо за призначенням.

1. Зберігання препаратів:

- а) наркотичні препарати і отрути зберігають в одному сейфі, маркованому літерою "А";
- б) сильнодієві препарати зберігають у шафах, маркованих літерою "Б";
- в) на внутрішній поверхні дверей сейфа має бути розміщений перелік препаратів, що зберігаються в ньому, із зазначенням разових і добових доз;
- г) запас наркотичних препаратів не має перевищувати триденної потреби в них, запас сильнодієвих — десятиденної потреби.

608

2. Облік препаратів:

- а) наркотичні препарати підлягають предметно-кількісному обліку в спеціальному журналі прибутків-витрат. Журнал пронумерований, прошнурований і завірений печаткою; на кожний наркотичний анальгетик відведено окремий листок, у якому відмічають назву ліків, їхню кількість, дату застосування, прізвище, ім'я, по батькові пацієнта, номер історії хвороби, кількість використаних ампул, їх залишок; ставлять підпис медична сестра і лікар;
- б) в історії хвороби і в листках призначень відмічають дату і час уведення препарату, його кількість; підпис лікаря і медичної сестри;
- в) порожні і невикористані ампули, журнал прибутків-витрат, ключі від сейфа передають черговому лікарю;
- г) вранці порожні ампули передають старшій медичній сестрі.

Правила роздавання лікарських засобів

Мета: приймання лікарських засобів у суворій послідовності і згідно з інструкцією щодо їх застосування.

Підготувати: на пересувному столику піпетки, необхідні препарати, мензурки, ножиці, листки призначень, переварену воду.

Послідовність дій

1. Ліки видавати біля ліжка пацієнта, перевіряючи етикетку на упаковці і запис у листку призначень.
2. Пацієнт приймає ліки в присутності медичної сестри (за винятком препаратів, які приймаються під час їди або на ніч).
3. Ліки, призначені до їди, приймають за 15 хв до споживання їжі; ліки, призначені після їди, — через 15 хв після споживання їжі, а препарати, призначені натще, приймають за 20—60 хв до сніданку.
4. Снодійні приймають за 30 хв до сну.
5. Нітрогліцерин, валідол у пацієнта є постійно.
6. Порошок при прийманні кладуть на корінь язика (можна попередньо розвести його у воді).
7. Драже, капсули, пілюлі приймають у незміненому вигляді.
8. Таблетки при прийманні кладуть на корінь язика і запивають невеликою кількістю води (за потреби таблетку можна розломити на дрібні шматочки).
9. Настояї, відвари, мікстури приймають по 1 столовій ложці.
10. Спиртові настоянки відлити піпеткою в мензурку і розвести невеликою кількістю води.
11. Нітрогліцерин, валідол закладають під язик до повного розсмоктування. *Примітка:* медична сестра не має права без відома лікаря призначати лікарські засоби або замінювати один препарат на інший.

609

Закапування в ніс судинозвужувальних крапель

Мета: забезпечити терапевтичний ефект.

Підготувати: лікарську речовину, піпетку (якщо у флаконі немає вмонтованої), серветки, маску. *Послідовність дій*

1. Одягти маску.
 2. Люб'язно при вітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
 3. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
 4. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
 5. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
 6. Підготувати оснащення.
 7. Вимити і висушити руки.
 8. Попросити пацієнта сісти (допомогти).
 9. Попросити пацієнта звільнити носову порожнину від слизу (без напруження, по чергово з кожної ніздрі), використовуючи серветки.
 10. Набрати в піпетку лікарську речовину.
 11. Попросити пацієнта трішки закинути голову, схиливши її до правого плеча.
 12. Дещо підняти кінчик носа пацієнта (мал. 149, а).
 13. Закапати в одну ніздрю 3 краплі лікарської речовини (мал. 149, б).
 14. Попросити пацієнта притиснути пальцями крило носа до перегородки і зробити легкі колові рухи (мал. 149, в).
 15. Повторити п. 12—15 для введення крапель у іншу ніздрю.
 16. Занурити піпетку в дезінфекційний розчин.
 17. Запитати пацієнта про його самопочуття.
 18. Зняти маску, вимити і висушити руки.
 19. Зробити запис про введення лікарської речовини і реакцію пацієнта.
- 610

Закапування крапель в очі та вуха

Мета: місцева дія лікарських засобів.

Показання: кон'юнктивіт, обстеження органа зору, отит.

Підготувати: стерильні краплі, піпетки, кульки.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити хід і суть процедури.
3. Надати пацієнтові інформацію про лікарський засіб і його побічні дії.
4. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
5. Вимити і висушити руки. *Закапування крапель в очі*
 - а) попередньо промити очі пацієнтові, якщо в цьому є потреба;
 - б) набрати потрібну кількість крапель у стерильну піпетку (2—3 краплі в кожне око);
 - в) у положенні пацієнта сидячи або лежачи попросити закинути голову і подивитись угору;
 - г) однією рукою відтягти повіку, користуючись кулькою, а іншою закапати краплі в кон'юнкти-вальний мішок біля внутрішнього кута ока; попросити пацієнта заплющити очі, надлишок засобу зняти кулькою (мал. 150, а-в);
 - г) так само закапати краплі в інше око. *Закапування крапель у вуха*
 - а) підігріти краплі до температури 36—37 °С (мал. 151, а);
 - б) попередньо прочистити вуха хворому;

в) нахиливши голову у здоровий бік, однією рукою відтягнути вушну раковину назад і вгору, а іншою закапати краплі у зовнішній слуховий хід (мал. 151,б);
г) тримати голову в цьому положенні 1—2 хв, потім закласти у вухо невеликий ватний тампон;

г) так само закапати краплі в інше вухо.

6. Занурити піпетку в дезінфекційний розчин.

7. Запитати пацієнта про його самопочуття.

8. Зняти маску, вимити і висушити руки.

9. Зробити запис про введення лікарської речовини і реакцію пацієнта. *Можливі ускладнення*: опік слизової оболонки вуха.

Застосування мазі

Мета: місцева дія лікарських препаратів.

Підготувати: стерильні ватні кульки, турунди, мазь, лоток, серветки, стерильний шпатель, компресний папір, бинт, вату. *Послідовність дій*

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.

2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати інформацію пацієнтові про лікарський препарат і його побічні дії.

3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.

4. Підготувати оснащення.

5. Вимити і висушити руки. *Закладання мазі за повіку (мал. 152)*:

612

а) спеціальною стерильною лопаткою з невеликою кількістю мазі, тримаючи її паралельно до країв повік, доторкнутися нижньої повіки;

б) попросити пацієнта заплющити очі; лопатку видалити легким рухом у напрямку скроні.

Закладання мазі в ніс (мал. 153):

а) попросити пацієнта звільнити носову порожнину від слизу (без напруження, по чергово з кожної ніздрі), використовуючи серветки;

б) попросити пацієнта сісти і трохи закинути голову;

в) нанести на 2 ватні турунди по 0,5—0,7 см мазі; покласти їх у лоток (мал. 153, а);

г) трохи підняти кінчик носа пацієнта (мал. 153, б);

г) увести турунду обертальними рухами в нижній носовий хід з одного боку на 2—3 хв;

д) витягти турунду і занурити її в дезінфекційний розчин;

повторити процедуру введення мазі в іншу половину носа;

є) запитати пацієнта про його самопочуття.

Застосування мазевих пов'язок:

а) стерильним шпателем нанести мазь на серветку, що за розмірами відповідає ушкодженій ділянці (мал. 154, а, б);

б) накласти серветку на ушкоджену поверхню (мал. 154, в);

613

в) поверх серветки покласти шар вати і зафіксувати пов'язку бинтом (мал. 154, г);

г) при мазевому компресі на шар вати накласти компресний папір. *Втирання мазі*:

а) шкіру вимити, волосся поголити;

б) покласти мазь на долоню і втерти в шкіру підготовленої ділянки до сухої долоні і відчуття тепла під рукою.

6. Запитати пацієнта про його самопочуття.

7. Вимити і висушити руки.

8. Зробити запис про введення лікарського засобу і реакцію пацієнта.

Застосування присипок, пластиру, "бовтанок", пасти

Мета: місцева дія.

Показання: захворювання шкіри, невралгія, радикуліт, забиття, оброблення ран, попрілості.

Підготувати: присипку, пластир, стерильні серветки, вату, бинт, розчин етилового спирту, стерильні шпателі, компресний папір, стерильні тампони на дерев'яній паличці. *Послідовність дій*

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися .

2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати інформацію пацієнтові про лікарський препарат і його побічні дії.

3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.

4. Підготувати оснащення.

Застосування присипок.

а) присипку нанести на ватний тампон і припудрити чисту поверхню складок, не торкаючись тампоном до шкіри;

б) присипку можна просіювати із баночки через 2 шари марлі.

614

Застосування пластиру:

а) шкіру знезаразити спиртом, волосся поголити: прикріпити пластир таким чином, щоб основна частина накрила пов'язку, а кінці — знезаражену шкіру;

б) при зніманні пластиру його краї змочити спиртом;

в) пластир як лікарська форма використовується не тільки для фіксації пов'язок, голок та ін., а й з лікувальною метою. На мал. 155 показано техніку використання пластиру "Олфен".

Застосування збовтаних сумішей ("бовтанок")

"Бовтанка" — це суміш порошків і рідин (гліцерин, спирт, олія):

а) перед застосуванням суміш збовтати;

б) за допомогою ватного тампона або марлевої серветки суміш нанести на шкіру.

Примітка: не слід наносити "бовтанки" на мокнучі поверхні шкіри, у разі надмірної сухості шкіри — на волосисті ділянки.

Застосування пасти

Паста — суміш оксиду цинку, тальку, крохмалю з ланоліном або вазеліном, яка проникає крізь поверхневий роговий шар шкіри і зберігає її еластичність:

а) з банки набрати пасту за допомогою шпателя і тонким шаром змастити ділянку шкіри;

б) зверху припудрити присипкою;

в) за призначенням лікаря у деяких випадках пасту слід накладати на стерильну марлеву серветку, складену в кілька шарів, і прикладати до ураженої ділянки шкіри.

5. Запитати пацієнта про його самопочуття.

6. Вимити і висушити руки.

7. Зробити запис про застосування лікарського засобу і реакцію пацієнта.

Уведення лікарського засобу в піхву

Мета: місцева дія.

Підготувати: судно, стерильний піхвовий наконечник, кухоль Есмарха, стерильні ватно-марлеві тампони, лікарські засоби у вигляді кульок, порошків, розчинів для змащування і спринцювання, стерильне гінекологічне дзеркало.

Послідовність дій

1. Привітатися з пацієнткою і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнтці хід і суть майбутньої процедури. Надати інформацію про лікарський засіб і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнтки на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Руки ретельно вимити з милом.
6. Пацієнтка має спорожнити сечовий міхур, кишки.
7. Вкласти пацієнтку на спину, поставити під неї судно, розвести ноги.

615

8. Стерильний піхвовий наконечник ввести у піхву по задньому склепінню піхви.
9. Кухоль Есмарха (прокип'ячений) наповнити теплим (45 °С) розчином лікарських засобів.
10. Кухоль підняти над рівнем ліжка приблизно на 1 м.
11. Провести зрошення піхви.
12. Пацієнтка має полежати 30 хв після спринцювання.
13. Через 1—1,5 год після спринцювання ввести по задньому склепінню піхви стерильний тампон, змочений лікарськими засобами (уводити за допомогою гінекологічного дзеркала).
14. Через 10—20 хв пацієнтка самостійно витягає тампон, потягуючи за нитку, що звисає.

Застосування лікувальних свічок (супозиторіїв)

Мета: уведення лікарських препаратів через слизову оболонку прямої кишки, послаблювальна дія.

Показання: запальні процеси прямої кишки, спорожнювання кишок при тяжкому стані хворого (інфаркт, перша доба після операції, нестримне блювання, стан непритомності та ін.), коли інші шляхи введення ліків неможливі.

Протипоказання: прямокишкова кровотеча.

Підготувати: супозиторії (медичні свічки), марлеву серветку.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати інформацію пацієнтові про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Перед уведенням ліків у пряму кишку виконати очисну клізму.
6. Укласти пацієнта на лівий бік із зігнутими колінами і підведеними до живота ногами.
7. Розкрити оболонку, у яку упаковано супозиторії (не витягайте свічку з оболонки).
8. Попросити пацієнта розслабитися. Лівою рукою, користуючись серветкою, розвести сідниці пацієнта, а правою швидко ввести всю свічку вузьким кінцем у відхідник за зовнішній сфінктер прямої кишки (оболонка залишиться у вас у руці; мал. 156).

616

9. Пацієнт має полежати 20—30 хв, після чого обробити ділянку анального отвору марлевою серветкою.

Примітка: супозиторії розтають під впливом температури тіла, тому розкривати свічки необхідно безпосередньо перед уведенням.

10. Зняти рукавички, вимити руки.
11. Допомогти пацієнтові набути зручного положення.

Інгаляційне введення ліків через ніс

Мета: місцева дія ліків на слизову оболонку носоглотки і верхніх дихальних шляхів.

Показання: захворювання верхніх дихальних шляхів.

Підготувати: чистий рушник (клейонку), стерильний, оброблений спиртом мундштук або насадку на інгалятор, інгалятор кишеньковий.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
3. Надати інформацію пацієнтові про лікарський препарат і його побічні дії.
4. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
5. Підготувати оснащення.
6. Пояснити пацієнтові хід процедури.
7. Вимити руки.
8. Продемонструвати пацієнтові виконання процедури з інгаляційним балончиком без лікарського препарату.
9. Запропонувати пацієнтові сісти.
10. Зняти з інгалятора захисний ковпачок.
11. Повернути балончик з аерозолем догори дном і струснути його.
12. Попросити пацієнта трохи закинути голову, схилити її до правого плеча.
13. Запропонувати пацієнтові притиснути пальцем праве крило носа до перегородки (мал. 157).
14. Попросите пацієнта зробити глибокий видих через рот.
15. Увести наконечник мундштука в ліву половину носа пацієнта.
16. Попросити пацієнта зробити глибокий вдих через ніс і одночасно натиснути на дно балончика.
17. Витягнути наконечник мундштука з носа пацієнта, порекомендувати йому затримати дихання на 5—10 с.

617

18. Попросити пацієнта зробити спокійний видих.
19. При інгаляції в праву половину носа (пункти 11—17) порадити пацієнтові схилити голову до лівого плеча і притиснути до носової перегородки ліве крило носа.
20. Запропонувати пацієнтові виконати цю процедуру самостійно з діючим інгалятором у вашій присутності.
21. Закрити захисним ковпачком інгалятор і забрати його в спеціально відведене місце.
22. Вимити руки.
23. Зробити запис.

Збирання шприца одноразового використання на стерильний лоток

Підготувати: шприци одноразового використання, стерильний лоток, бікс зі стерильним матеріалом, стерильний стіл, пінцет у потрібному розчині. *Послідовність дій*

1. Відкрити стерильний стіл за цапки.
2. За допомогою пінцета з потрібного розчину взяти зі стола лоток.
3. За допомогою пінцета дістати з бікса стерильну серветку, складену вчетверо, накрити нею лоток.
4. Узяти шприц та перевірити термін придатності, об'єм шприца та розмір голки.
5. Перевірити герметичність упаковки шприца.
6. Розкрити упаковку з боку поршня (розірвавши паперову оболонку або відшарувавши паперову оболонку від прозорі).
7. Не дістаючи шприц з упаковки, надягти голку (голку підтримувати за ковпачок) на підголковий конус шприца.
8. Дістати шприц із голкою з упаковки та притерти голку таким чином, щоб зріз голки збігся зі шкалою шприца.
9. Покласти шприц у лоток, прикрити стерильною серветкою.

Набирання лікарського засобу із ампул та флаконів

Підготувати: стерильні шприци та голки; лікарські засоби в ампулах і флаконах; бікс зі стерильними ватними тампонами та серветками; 70 % розчин етилового спирту; стерильний пінцет; стерильний лоток (стерильний лоток, пінцети та інший медичний інструментарій можуть зберігатися на стерильних столах; мал. 158, 159); флакон із 6 % або 3 % розчином перекису водню; металева або наждачна пилочка.

618

Загальний вигляд флаконів з лікарськими засобами заводського виготовлення — закриті гумовим корком, а зверху — металевою (алюмінієвою) кришкою.

У флаконах випускають ліки у формі порошку (наприклад антибіотики, які перед уведенням необхідно розводити) і розчинів.

Послідовність дій

А. Підготовка ампул і набирання лікарського засобу у шприц (мал. 161).

1. Руки двічі вимити під проточною водою з милом, висушити рушником.
2. Уважно прочитати спочатку етикетку на упаковці, потім — на ампулі, візуально визначити придатність засобу й уточнити дозу та метод уведення.
3. Злегка струсити розчин ампули, щоб він опинився у широкій частині ампули.
4. Пилочкою зробити надпилювання на звуженій частині ампули.
5. Обробити шийку ампули стерильним ватним тампоном, зволженим 70 % розчином етилового спирту.
6. Лівою рукою взяти ампулу за дно, I і II пальцями правої руки на 1 см вище від місця надпилу і в напрямку від себе відломити шийку ампули за допомогою стерильного ватного тампона.
7. Відкриту ампулу (дно) розмістити між II і III пальцями лівої руки, правою рукою взяти шприц. Увести голку або конус шприца в просвіт ампули, I і IV пальцями лівої руки зафіксувати шприц. Перевернувши ампулу догори дном, заповнити шприц розчином, відтягуючи поршень.

619

8. Якщо розчин набрано за допомогою голки більшого діаметра, то слід замінити її на стерильну голку відповідного діаметра для ін'єкції. При цьому відпрацьовану голку знімати за допомогою серединної частини пінцета. Голку на шприц настромити за допомогою ковпачка.
9. Випустити повітря зі шприца, але так, щоб лікарський засіб не потрапив на зовнішню поверхню голки, оскільки чимало з них справляють подразнювальну дію на рецептори шкіри, спричиняючи різкий пекучий біль при проколюванні шкіри. Перевірити, чи правильно набрано дозу препарату.
10. Заповнений лікарським засобом шприц із голкою покласти на стерильний лоток і накрити стерильною серветкою.

Б. Підготовка флаконів і набирання лікарського засобу у шприц

1. Руки двічі вимити під проточною водою з милом, висушити рушником.
2. Зібрати шприц одноразового використання.
3. Узяти флакон, уважно прочитати етикетку і візуально визначити придатність лікарського засобу.
4. Якщо флакон великих розмірів (ємністю 250—400 мл), то за допомогою незаражених ножиць зняти середню частину металевого (алюмінієвого) ковпачка.

5. Якщо флакон малих розмірів (ємністю 5—10 мл), то середню частину металевого ковпачка зняти за допомогою металевої пилочки.
 6. Стерильним ватним тампоном, зволеним 70 % розчином етилового спирту, обробити верхню частину флакона (корок і обідок металевого ковпачка).
 7. Якщо розчин у флаконі необхідно використати протягом доби, то на етикетці зазначити дату і час розгерметизації флакона і поставити підпис.
 8. Якщо флакон містить сухий препарат (антибіотик), то спочатку ввести туди відповідну кількість розчинника.
 9. Набирати препарат з герметичного флакона в шприц слід за допомогою голки, яку вводять цим самим шприцом або за допомогою стерильної сухої серветки в корок флакона.
 10. Після заповнення шприца ліками на конус за допомогою ковпачка настромити стерильну голку.
- Щоб запобігти потраплянню частинок гуми під час проколювання гумового корка флакона, потрібно: ввести голку в гумовий корок під кутом 45—60°; перед тим як голка повністю проколе корок, підняти її до кута 90°.
11. Закрити голку ковпачком.
 12. Якщо необхідно часто набирати у шприц стерильний розчин із флакона, то вводять довгу "повітряну" голку через незаражений гумовий корок або стерильну серветку, складену в чотири шари, якою прикривають горловину флакона. У період, коли розчин не потрібно набирати у шприц, муфту голки прикривають стерильною серветкою.

620

Примітка: у зв'язку з тим що до кожного шприца додається тільки одна голка, рекомендується мати додаткову голку.

Випустити повітря, але при цьому не виприскувати засіб, щоб він не потрапив зовні на голку і не спричинив біль під час уведення голки. Закрити голку ковпачком.

13. Доставити шприц у палату на стерильному лотку.
Запам'ятайте!

1. Дотримуйте правил асептики під час набирання лікарського засобу.
2. Не використовуйте ампули та флакони без чітких етикеток і уважно читайте їх.
3. Не відламуйте шийку ампули стерильним тампоном, зволеним спиртом, адже у разі потрапляння в ампулу спирт може спричинити негативну реакцію препарату.
4. Перед набиранням лікарського засобу із флакона введіть у нього стільки повітря, скільки препарату вам необхідно набрати.
5. Якщо ви використали препарат із флакона частково і залишок зберігаєте у холодильнику, на етикетці поставте дату, час розведення і свій підпис.
6. Розчини з холодильника потрібно вийняти заздалегідь, щоб вони набули кімнатної температури в момент їх уведення пацієнтам.
7. Дотримуйте техніки безпеки і не розпилюйте лікарські засоби, тому що постійне протягом багатьох років вдихання аерозолів може спричинити у медичного персоналу алергійні реакції.

Розведення антибіотиків та проведення проби на чутливість до них

Мета: дія на інфекцію.

Показання: інфекційні захворювання.

Противоказання: алергійні реакції.

Підготувати: антибіотики, 70 % розчин етилового спирту, вату, стерильний шприц, голки, один із розчинників для антибіотиків: 0,25 % або 0,5 % розчин новокаїну, ізотонічний розчин натрію хлориду; воду для ін'єкції.

Послідовність дій (мал. 163)

621

1. Перевірити флакони з антибіотиками (термін придатності, дозування).
2. Розкрити центральну частину алюмінієвої кришки флакона і обробити її кулькою, змоченою 70 % розчином етилового спирту.
3. Набрати в шприц потрібну кількість розчинника з розрахунку 1 мл на 100 000 ОД антибіотика (стандартне розведення).
4. Узяти флакон у ліву руку, настромити голку і ввести розчинник у флакон.
5. Зняти флакон разом з голкою з конуса циліндра і шляхом струшування флакона повністю розчинити порошок.
6. Перед введенням антибіотиків внутрішньом'язово необхідно провести пробу на чутливість до них:
 - а) надягти голку з флакона на конус циліндра;
 - б) набрати в шприц вміст флакона, відтягуючи поршень шприца правою рукою, 0,1 мл стандартно розведеного антибіотика (для проби антибіотик розводити водою для ін'єкцій);
 - в) дорозвести розчин до 1 мл тим самим розчинником;
 - г) змінити голку (довжина голки для внутрішньошкірних ін'єкцій — 15 мм, діаметр — 0,4 мм) і перевірити її прохідність;
 - г) місце діагностичної ін'єкції — передня поверхня передпліччя — обробити двома ватними кульками, змоченими у 70 % розчині етилового спирту, і ввести внутрішньошкірно 0,1 мл розчину;
 - д) пацієнта не відпускати, а спостерігати за загальним станом його впродовж 20—30 хв;
 - є) реакція позитивна, якщо в пацієнта з'являться ознаки алергії загального (почервоніння шкіри загальне, напади кашлю, виражений неспокій, поділення ритму дихання, блювання, зниження артеріального тиску, серцебиття, аритмія) та місцевого (збільшення діаметра папули, яка випинається над рівнем шкіри, гіперемійована, можливі висипання і свербіж) характеру. Симптоми—у будь-якому поєднанні, тому введення антибіотиків внутрішньом'язово забороняється;
 - є) якщо реакція негативна, у шприц набрати потрібну кількість антибіотика (наприклад 500 000 ОД — це 5 мл), за допомогою стерильного пінцета настромити і зафіксувати голку для внутрішньом'язової ін'єкції.
7. Перевірити прохідність голки, покласти шприц і дві кульки, змочені у 70 % розчині етилового спирту, на стерильний лоток.

Виконання внутрішньошкірної та внутрішньом'язової ін'єкцій

Підготувати: стерильний лоток зі шприцями, кульки, 70 % розчин етилового спирту.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати інформацію пацієнтові про лікарський препарат і його побічні дії.

622

3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Помити руки під проточною водою (двічі з милом), висушити рушником паперовим чи індивідуальним, обробити спиртом або антисептиком.
6. Надягти маску і рукавички.

Внутрішньошкірна ін'єкція:

- а) місце ін'єкції — передня поверхня передпліччя;

- б) обробити місце ін'єкції кулькою, змоченою у 70 % розчині етилового спирту, роблячи мазки в одному напрямку;
 - в) після висихання шкіри лівою рукою обхопити передпліччя пацієнта знизу, натягнути шкіру в місці ін'єкції великим пальцем лівої руки з одного боку, II—IV — з іншого (мал. 164);
 - г) шприц узяти в праву руку: вказівний палець — на муфті голки, голку відносно шкіри поставити зрізом догори, майже паралельно до поверхні шкіри;
 - г) голку під гострим кутом ($< 5^\circ$) вколоти в товщу шкіри так, щоб занурився її зріз (мал. 165);
 - д) обережно відпустити ліву руку;
 - є) великим пальцем лівої руки натиснути на поршень і ввести 0,1 мл;
 - є) після утворення білуватого кольору інфільтрату ("гудзик", папули), вийняти голку (вату не прикладати). Залишки розчину можна зняти ватною кулькою з поверхні шкіри біля місця ін'єкції через 1—2 хв.
- Внутрішньом'язова ін'єкція* (мал. 166):
- а) місце ін'єкції — верхній зовнішній квадрант сідниці або середня третина зовнішньої поверхні стегна;
 - б) положення пацієнта — лежачи;
 - в) обробити шкіру в місці ін'єкції двічі кульками, змоченими у 70 % розчині етилового спирту (спочатку більшу площу, потім місце ін'єкції);

623

- г) шприц — у правій руці: мізинець — на ка-нюлі, решта пальців — на циліндрі, зріз голки обернений донизу;
- г) пальцями лівої руки фіксувати шкіру. Перпендикулярно до шкіри (у разі ін'єкції в сідничну ділянку) увести голку на таку глибину у м'яз, щоб вона увійшла не повністю і над шкірою лишалася частина голки завдовжки не менше ніж 0,5 см (див. мал. 165);
- д) перенести ліву руку на поршень і ввести повільно ліки у м'яз (попередньо перевіривши, чи не надходить у шприц кров, відтягуючи поршень на себе);
- є) лівою рукою прикласти до місця ін'єкції стерильну ватну кульку, змочену 70 % розчином етилового спирту, і швидким рухом видалити голку звичайним шляхом, не віднімаючи вату, притиснуту на 2—3 с, від поверхні шкіри. Вату забрати.

7. Зняти рукавички.

8. Вимити і висушити руки.

9. Зробити запис про застосування лікарського засобу. *Можливі ускладнення*

1. Інфільтрат.

2. Абсцес — якщо для внутрішньом'язової ін'єкції використовувалась коротка голка, невдалий вибір місця ін'єкції, часті ін'єкції в одне й те саме місце, порушення правил асептики.

3. Поломка голки — при використанні старих голок, при проведенні ін'єкції у положенні пацієнта стоячи, коли виникає різке скорочення м'язів сідниці.

4. Ушкодження нервових стовбурів — при неправильному виборі місця ін'єкції.

5. Гематома — при ушкодженні судини.

Особливості введення інсуліну

Мета: зниження надмірного вмісту глюкози в крові. *Показання:* цукровий діабет.

624

Підготувати: інсуліновий шприц або звичайний шприц, голки (шприц-ручка), 70 % розчин етилового спирту, ватні кульки, розчин інсуліну, серветки.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і назватися йому.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Провести розрахунок дози інсуліну — в 1 мл розчину інсуліну міститься 40 ОД.
6. Підготувати шприц з голкою та інсулін (якщо флакон з інсуліном має ковпачок — зняти його). Обережно потерти флакон з інсуліном між долонями. Це забезпечує рівномірний розподіл інсуліну у флаконі і розігріває його до температури тіла людини.
7. Вимити руки з милом.
8. Протерти гумову пробку від флакона з інсуліном серветкою, змоченою в спирті.
9. Набрати необхідну дозу інсуліну:
 - а) в інсуліновий шприц — 1 поділка відповідає 2 ОД інсуліну;
 - б) у звичайний шприц — 1 поділка на 0,1 мл відповідає 4 ОД інсуліну;
 - в) у шприц-ручці дозу виставляють на шкалі доз (при набиранні певної дози завжди встановлюйте селектор дози в положення "0". Доза набирається поворотом кнопки з кроком в 1 ОД).
10. Визначити місце, найбільш придатне для введення інсуліну (не робити ін'єкції в одне і те саме місце декілька разів). Слід пам'ятати, що необхідно вибрати нове місце для нової ін'єкції на відстані не менше ширини трьох пальців. Це потрібно для того, щоб забезпечити рівномірне всмоктування інсуліну. Крім того, часті ін'єкції в одне і те саме місце можуть спричинити ушкодження підшкірної жирової клітковини (мал. 167).
11. Підшкірну ін'єкцію роблять натще, тому треба нагадати пацієнтові про необхідність попоїсти.
12. Дізнатися про самопочуття пацієнта.
13. Вимити і висушити руки.
14. Зробити запис.

625

Особливості введення олійного розчину

Мета: пролонгована дія лікарського засобу.

Підготувати: ампулу з олійним розчином, шприц, ватні кульки, 70 % розчин етилового спирту, водяну баню. *Послідовність дій*

1. Привітати пацієнта і люб'язно назватися йому.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Ампулу з олійним розчином перед розкриттям занурити на 5 хв у теплу воду.
6. Підготувати шприц, розкрити ампулу, набрати засіб за всіма правилами асептики.
7. Перш ніж увести внутрішньом'язово олійний розчин, необхідно, відтягнувши поршень на себе, пересвідчитись, що в шприц не надходить кров, тільки після цього ввести розчин.
8. Олійний розчин вводити повільно.
9. Дізнатися про самопочуття пацієнта.
10. Вимити і висушити руки.
11. Зробити запис.

Можливі ускладнення: жирова емболія; післяін'єкційні абсцеси.

Виконання підшкірної ін'єкції

Підготувати: стерильний лоток із шприцами, ватні кульки, 70 % розчин етилового спирту.

626

2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Місце ін'єкції — зовнішня поверхня плеча і стегна, підлопаткова ділянка і черевна стінка.
6. Обробити шкіру в місці ін'єкції послідовно двома ватними кульками, змоченими у спирті (спочатку велику зону, потім безпосередньо місце ін'єкції), лівою рукою взяти шкіру в складку (мал. 168).
7. Взяти шприц у праву руку, як для внутрішньошкірної ін'єкції, і ввести голку під шкіру в основу шкірної складки під кутом 40—45° до шкіри на глибину 15 мм — 2/3 довжини голки.
8. Перенести ліву руку на поршень і ввести лікарський засіб.
9. Місце уколу притиснути ватною кулькою зі спиртом і швидким рухом витягти голку. Ватну кульку притиснути, не віднімаючи вату від шкіри декілька секунд, потім забрати вату.
10. Дізнатися про самопочуття пацієнта.
11. Вимити і висушити руки.
12. Зробити запис.

Техніка внутрішньовенного вливання

Підготувати: стерильний лоток, стерильний шприц, 2 голки, пінцет, ватні кульки, серветку, 70 % розчин етилового спирту, джгут, валик, ампулу з лікарським розчином.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Вимити руки з милом, висушити паперовим або індивідуальним рушником.
6. У положенні пацієнта сидячи або лежачи під лікоть підкласти валик, у середній третині плеча на серветку або сорочку накласти гумовий джгут.
7. Запропонувати пацієнтові декілька разів стиснути кулак.
8. Обробити ділянку ліктьового згину послідовно двома ватними кульками, змоченими у спирті, знайти найбільш повну вену.
9. Взяти шприц у праву руку: II палець на канюлі голки, решта — обхоплюють циліндр зверху.
10. Перевірити прохідність голки, відсутність повітря у шприці, назву і дозу препарату.

627

10. I пальцем лівої руки зафіксувати вену і, не змінюючи положення шприца в руці, тримаючи голку зрізом догори, майже паралельно шкірі, проколоти шкіру, потім обережно пунктувати вену до відчуття "провалу".
11. Перевірити, чи голка у вені, відтягнувши поршень на себе: у шприці має з'явитися кров.
12. Розв'язати джгут лівою рукою, попросити пацієнта розтиснути кулак.
13. Не змінюючи положення шприца, пальцем лівої руки натиснути на поршень і повільно вводити препарат, залишивши у шприці 1—2 мл.

14. Притиснувши до місця ін'єкції ватну кульку зі спиртом, різким рухом витягнути голку, зігнути в лікті руку пацієнта.
15. Через 3—4 хв перевірити місце ін'єкції; якщо кровотеча припинилась, кульку можна прибрати.
16. Дізнатися про самопочуття пацієнта.
17. Вимити і висушити руки.
18. Зробити запис.

Можливі ускладнення: повітряна емболія, гематома; тромбофлебіт (при частих венепункціях в одну й ту саму вену розвивається її запалення).

Поставлення периферійного венозного катетера

Підготувати: стерильний лоток; лоток для сміття; шприц із 10 мл гепари-нізованого розчину (1:100); стерильні ватні кульки і марлеві серветки; лейкопластир і/або пов'язку, що клеїть; антисептичний засіб для шкіри; периферійні внутрішньовенні катетери різних розмірів; перехідник і/або сполучну трубку чи обтуратор; джгут; стерильні гумові рукавички; ножиці; лонгету; бинт середньої ширини; 3 % розчин перекису водню.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і назватися йому.
2. Перевірити цілість упаковки і термін зберігання устаткування.
3. Переконатися, що перед вами пацієнт, якому призначено катетеризацію вени.
4. Забезпечити гарне освітлення, допомогти пацієнтові прийняти зручне положення.
5. Пояснити пацієнтові суть процедури, створити атмосферу довіри, надати йому можливість ставити запитання, визначити переваги пацієнта відносно місця поставлення катетера.
6. Підготувати оснащення; контейнер для утилізації гострих предметів.
7. Ретельно вимити і висушити руки.
8. Обрати місце передбачуваної катетеризації вени:
 - а) накласти джгут на 10—15 см вище передбачуваної зони катетеризації;
 - б) попросити пацієнта стискати й розтискати пальці кисті для поліпшення наповнення вен кров'ю;

- в) вибрати вену шляхом пальпації, беручи до уваги характеристики інфу-зату;
- г) зняти джгут.

9. Підібрати найменший катетер з огляду на розмір вени, необхідну швидкість уведення, графік проведення внутрішньовенної терапії, в'язкість інфу-зату.
10. Обробити руки антисептичним засобом і надягти рукавички.
11. Накласти джгут на 10—15 см вище обраної зони.
12. За 30—60 с обробити місце катетеризації антисептичним засобом для шкіри, дати йому висохнути (мал. 169, а).

Не торкатися обробленої зони

13. Зафіксувати вену, притиснувши її пальцем нижче передбачуваного місця введення катетера.
14. Взяти катетер обраного діаметра, зняти захисний чохол. Якщо на чохла є додаткова заглушка, чохол не викидати, а тримати його між пальцями вільної руки (мал. 169, б).
15. Увести катетер на голці під кутом 15° до шкіри, спостерігаючи за появою крові в індикаторній камері (мал. 169, в).
16. З появою крові в індикаторній камері зменшити кут нахилу голки-стилета і на кілька міліметрів увести голку у вену.
17. Зафіксувати голку-стилет, а канюлю повільно до кінця зрушувати з голки у вену (голку-стилет повністю з катетера поки не вилучати) — мал. 169, г.
18. Зняти джгут.

19. Перетиснути вену для зменшення кровотечі й остаточно вилучити голку з катетера (мал. 169, і); утилізувати голку з урахуванням правил безпеки. *Увага! Не допускати введення голки-стилета в катетер після зсуву його у вену*
20. Зняти заглушку із захисного чохла і закрити катетер або приєднати ін-фузійну систему.

21. Зафіксувати катетер за допомогою фіксуючої пов'язки (мал. 169, д) або стерильною, прозорою напівпроникною поліуретановою наліпкою (див. мал. 171), яка дає змогу спостерігати за місцем встановлення катетера та виконує бар'єрну функцію і при цьому надійно фіксує катетер.
22. Зареєструвати процедуру катетеризації вени відповідно до вимог лікувального закладу.
23. Утилізувати відходи згідно з правилами техніки безпеки й санітарно-протиепідемічного режиму.

Уведення лікарського засобу через венозний катетер

Підготувати: лікарський засіб, шприци, стерильні ватні кульки і марлеві серветки; лейкопластир і/або пов'язку, що клеїть, катетери, 70 % розчин етилового спирту, ізотонічний розчин натрію хлориду, джгут; стерильні гумові рукавички; перехідник і/або сполучну трубку чи об-туратор; стерильний лоток, лоток для сміття, гепаринізований розчин.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом, назватися йому.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Помити руки двічі з милом під проточною водою.
6. Обробити руки спиртом. Надягти гумові рукавички.
7. Зняти верхній бинт та обробити зовнішню поверхню заглушки катетера спиртом.
8. Уважно оглянувши перехідник катетера, переконатись у відсутності в ньому бульбашок повітря (мал. 170). Зняти заглушку та обережно покласти її, не торкаючись внутрішньої поверхні, у стерильний пакет від шприца або приєднати до стерильної голки.
9. Зі шприца з ізотонічним розчином натрію хлориду обережно ввести в перехідник невелику кількість рідини, переконатись, що катетер прохідний і не підтікає.
10. Якщо порушень з боку катетера не виявлено, ввести в перехідник 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, тобто половину об'єму.
11. Змінити шприц та повільно ввести необхідну кількість антибіотика.

630

12. Знову змінити шприц та ввести залишок ізотонічного розчину натрію хлориду.
13. По закінченні зробити "гепаринову пробку" — ввести в перехідник 2—3 мл гепаринізованого розчину (1 частина гепарину на 100 частин ізотонічного розчину натрію хлориду; розчин зберігають у холодильнику протягом 1 доби, далі готують новий).
14. Обережно з'єднати заглушку з перехідником.
15. Закрити перехідник стерильною марлевою пов'язкою або стерильною прозорою напівпроникною поліуретановою наліпкою (див. мал. 171).
16. Прибрати сміття.
17. Вимити руки.

Основні правила щоденного догляду за катетером

Пам'ятайте, що тільки якісний догляд за катетером та увага медичного персоналу — головні умови успішного проведення лікування.

Кожне приєднування катетера — це ворота для проникнення збудників інфекції. Уникайте багаторазового торкання руками до обладнання. Дотримуйте стерильності.

1. Потрібно частіше змінювати стерильні заглушки, ніколи не використовувати заглушки, внутрішня поверхня яких інфікована.
2. Для продовження функціонування катетера у вені додатково слід промивати катетер ізотонічним розчином натрію хлориду протягом дня, між ранковим та вечірнім введенням антибіотика. Після введення ізотонічного розчину натрію хлориду не слід забувати вводити гепаринізований розчин.
3. Внутрішню і зовнішню пов'язки треба змінювати щодня.
4. Регулярно оглядати місце пункції. За появи набряку, почервоніння, місцевого підвищення температури, непрохідності та підтікання катетера, а також болю при введенні лікарських препаратів — повідомити лікаря. За жодних обставин не намагатися промити катетер самостійно, адже кінчик катетера може бути закупорений тромбом, який може потрапити у кровоносне русло. Зняти катетер і замінити його може тільки лікар!
5. При зміні лейкопластирної пов'язки забороняється використовувати ножиці, тому що при цьому можна ушкодити або перерізати катетер.
6. Для профілактики тромбофлебіту на вену вище місця пункції щодня після вечірнього введення препаратів слід накладати тонким шаром мазь тра-умель або гепаринову, або мазь троксевазин.

631

7. Після зняття катетера на місце пункції накласти невелику стерильну пов'язку. Не знімати пов'язку та не змочувати місце катетеризації протягом 1 доби.
8. Усі спостереження слід заносити у "Протокол спостереження за катетером".

Протокол спостереження за катетером

Ознака	Дата						
1. Пов'язка: — суха — волога							
2. Наявність набряку: — так — ні							
3. Почервоніння шкіри: — так — ні							
4. Місцеве підвищення температури: — так — ні							
5. Прохідність катетера: — так — ні							
6. Підтікання катетера: — так — ні							
7. Біль: — так — ні							
8. Час повідомлення лікаря							

Підпис медичної сестри

Видалення венозного катетера

Підготувати: стерильні рукавички; стерильні марлеві кульки, тампони; лейкопластир; ножиці; тромболітичну мазь; антисептичний засіб для шкіри; лоток для сміття; стерильні пробірку, ножиці й лоток (використовують, якщо катетер затромбований або за підозри на його інфікування).

Послідовність дій

1. Вимити руки.
2. Припинити інфузію, зняти захисну бинтову пов'язку.
3. Обробити руки антисептичним засобом, надягти рукавички.
4. Рухаючись від периферії до центра, видалити без ножиць фіксуючу пов'язку.
5. Повільно й обережно вивести катетер з вени.

632

6. Обережно на 2—3 хв притиснути місце катетеризації стерильним марлевым тампоном, обробити місце катетеризації антисептичним засобом для шкіри.
7. Накласти на місце катетеризації стерильну стисну пов'язку і зафіксувати її лейкопластирем.
8. Перевірити цілість канюлі катетера. За наявності тромбу або за підозри на інфікування катетера кінчик канюлі відрізати стерильними ножицями, помістити у стерильну пробірку й направити в бактеріологічну лабораторію на дослідження (за призначенням лікаря).
9. Відзначити в документації час, дату й причину видалення катетера.
10. Утилізувати відходи відповідно до правил техніки безпеки й санітарно-протиепідемічного режиму.

Примітка: незважаючи на те що катетеризація периферійних вен значно менш небезпечна, ніж катетеризація центральних вен, вона здатна спричинити ускладнення, як і будь-яка процедура, що порушує цілість шкірного покриву. Однак більшості ускладнень можна уникнути, якщо медична сестра добре володіє маніпуляційною технікою, суворо дотримується правил асептики й антисептики, а також правил догляду за катетером.

Пункція вени з метою кровопускання та взяття крові на аналіз

Показання: гіпертонічний криз, узяття крові в донора, обстеження пацієнтів для уточнення діагнозу.

Протипоказання: захворювання крові, анемія.

Підготувати: стерильний лоток, голку Дюфо, еластичну трубку, стерильні ватні кульки, 70 % розчин етилового спирту, джгут, пробірку, флакон на 300—500 мл, стерильні серветки.

Послідовність дій

1. Накласти джгут на середню третину плеча.
2. Обробити ділянку ліктьового згину послідовно двома ватними кульками, змоченими спиртом.
3. Запропонувати пацієнтові стискати і розтискати кулак для наповнення вен, потім — стиснути кулак.
4. Зафіксувати вену ліктьового згину I пальцем лівої руки.
5. Пунктувати вену аналогічно до внутрішньовенної ін'єкції: голку тримати за канюлю зрізом догори, паралельно шкірі, під голку підкласти стерильну серветку.
6. Підставити під канюлю голки пробірку (якщо потрібно взяти кров на аналіз) або приєднати до неї з'єднувальну трубку, вільний кінець якої опустити у флакон (якщо проводиться кровопускання).
7. Набравши потрібну кількість крові, зняти джгут, запропонувати пацієнтові розтиснути кулак.
8. Витягнути голку, притиснувши місце ін'єкції ватною кулькою, змоченою у спирті, зігнути пацієнтові у лікті руку, за 5 хв прибрати кульку (пересвідчитися, що кровотеча припинилась).

Примітка: кровопускання виконують у присутності лікаря; пункцію вени для взяття крові або кровопускання проводять без шприца; джгут знімають перед видаленням голки.

Узяття крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію

Підготувати: 2 халати, шапочку, гумові рукавички, 4 скляні ємності для розчину хлораміну, стерильний шприц на 10—20 мл з голкою, стерильні ватні кульки, 70 % розчин етилового спирту, 2 лотки (стерильний та нестерильний), пінцет, джгут, підкладний валик, марлевий бинт, спеціальну укладку (контейнер зі штативом, пробірками, пакувальним матеріалом, целофановим пакетом та бланками направлень), лейкопластир.

Послідовність дій

1. Надягти халат, шапочку, гумові рукавички, маску.
2. Приготувати 3 % розчин хлораміну (з розрахунку 30 г сухого хлораміну на 1 л води).
3. Перелити 3 % розчин хлораміну в 4 ємності, які закриваються кришками: № 1 — для промивання шприців, № 2 — для замочування ватних тампонів, № 3 — для замочування голок, № 4 — для замочування шприців.
4. Зняти халат, маску та рукавички, вимити руки і надягти чистий халат.
5. Узяти укладку для ВІЛ-інфекції, оформити направлення у 2 екземплярах, промаркувати пробірки.
6. Заповнити "Журнал реєстрації взяття крові для дослідження на ВІЛ-інфекцію".
7. Підготувати стерильний шприц на 5—10 мл, голку, 3 ватні кульки, 2 лотки (стерильний і нестерильний), пінцет, джгут, спирт, підкладний валик, бинт.
8. Надягти маску та гумові рукавички, обробити рукавички спиртом; запросити пацієнта.
9. Люб'язно привітатися з пацієнтом, назватися йому.
10. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
11. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
12. Покласти руку пацієнта на підкладний валик долонею догори і надати руці положення максимального розгинання.
13. На плече пацієнта поверх сорочки або марлевого бинта накласти джгут вище ліктьового згину (джгут має стискувати лише поверхневі вени і не порушувати потік крові по артеріях).
14. Запропонувати пацієнтові декілька разів стиснути і розтиснути кулак або погладжувати руку, підкачуючи кров у венах у напрямку від кисті до ділянки ліктьового згину для посилення венозного застою.
15. Обробити ділянку ліктьового згину послідовно двома ватними кульками, змоченими у спирт, знайти найбільш повну вену.
16. Обробити ще раз гумові рукавички 70 % розчином етилового спирту.
17. Поверхню ліктьового згину протерти двічі стерильними тампонами, зволженими 70 % розчином етилового спирту (знизу догори від периферії до центра).

18. Великим пальцем лівої руки зафіксувати вену і, не змінюючи положення шприца в правій руці, тримаючи голку зрізом догори, майже паралельно шкірі, проколоти шкіру. Потім обережно пропунктувати вену до відчуття "провалу" і провести голку на 5 мм за ходом вени.
19. Із потраплянням голки у вену в муфті голки з'явиться кров. Набрати у шприц 5 мл крові.

638

1. Перевірити термін придатності, назву, концентрацію лікарського розчину.
2. Розкрити центральну частину кришки флакона і обробити гумовий корок ватною кулькою, змоченою 70 % розчином етилового спирту.
3. Перевірити герметичність пакета і термін придатності системи, розрізати пакет і викласти систему на стерильний лоток.
4. Зняти ковпачок із голки-по-вітропровода і ввести її до упору в гумовий корок флакона. Вільний кінець повітропровода закріпити на флаконі аптечною гумкою (мал. 172, а).
5. Закрутити гвинтовий затискач, зняти ковпачок з голки на коротшому кінці системи і ввести цю голку через гумовий корок у флакон на відстані 1 см від голки-повітропровода.
6. Перевернути флакон догори дном і закріпити його на штативі (мал. 172, б, в).
- І. Повернути крапельницю в горизонтальне положення та, відкривши затискач, заповнити крапельницю до половини об'єму.
8. Закрити гвинтовий затискач і повернути крапельницю у початкове положення.
9. Відкрити затискач і повільно заповнити систему розчином до появи крапель з голки для ін'єкцій. Перевірити відсутність бульбашок повітря в системі.
10. Підготувати оснащення: на лоток покласти джгут, рушник або полотняну серветку, дві смужки липкого пластиру завдовжки 4—5 см.; на стерильний лоток — голку для ін'єкцій, ватні кульки, змочені у спирті, стерильну серветку.
- ІІ. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
12. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Надати пацієнтові інформацію про лікарський препарат і його побічні дії.
13. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури та спитати пацієнта про характер фізіологічних відправлень.
14. Надати пацієнтові зручного положення в ліжку.
15. Приєднати систему до вени (мал. 173):
 - а) перевірити якість пульсу на променевої артерії;
 - б) під ліктьовий суглоб підкласти тверду клейончасту подушечку, під руку підстелити клейонку;

639

в) накласти на середню третину плеча джгут, ділянку ліктьового згину обробити двома ватними кульками, змоченими у спирті (пацієнт стискає і розтискає кулак);

Мал. 174. Заміна флакона

г) зафіксувавши вену, зняти ковпачок з голки і пунктувати її звичайним способом;

- г) за появи крові в канюлі зняти джгут, відкрити затискач на системі і, випустивши кілька крапель розчину, під'єднати систему до канюлі голки; під муфту голки підкласти стерильну марлеву серветку для запобігання витіканню крові на руку пацієнта;
- д) за призначенням лікаря відрегулювати швидкість інфузії гвинтовим затискачем (оптимальна швидкість інфузії — від 40—60 до 60—80 за 1 хв. За швидкості 8—10 за 1 хв і менше вена швидко тромбується, а при швидкості понад 80—100 за 1 хв настає перевантаження серцево-судинної системи, зокрема правого шлуночка), закріпити голку липким пластиром, прикрити стерильною марлевою серветкою;
- є) постійно стежити за роботою системи, загальним станом пацієнта; при появі скарг — негайно викликати лікаря;
- є) після відключення системи пацієнт має перебувати у ліжку 1,5—2 год; ж) якщо закінчився розчин у флаконі, його необхідно замінити (мал. 174):
- систему перетиснути біля голки;
 - з корка флакона витягти голку-повітропровід і ввести у корок нового флакона;
 - також швидко переставити і голку з короткої частини системи;
 - зняти затискач із системи біля голки для ін'єкцій і продовжити використання.
16. Від'єднати систему:
- закрутити гвинтовий затискач;

640

- витягти голку з вени, притиснувши місце ін'єкції стерильною марлевою серветкою, змоченою спиртом, на 2—3 хв (не залишайте марлеву серветку у пацієнта!);
- зняти рукавички;
- усе зайве прибрати.

Ускладнення: введення рідини під шкіру, повітряна емболія. *Запам'ятайте:* голку для ін'єкції під'єднують до системи тільки при відкритому затискачі.

Можливі проблеми пацієнта

(на прикладі розв'язання ситуаційних задач)

1. На амбулаторному прийомі у лікаря пацієнтові Б. призначено інгаляції зіва інгалиптом. Пацієнт не володіє достатніми навичками інгаляції лікарського засобу через рот. Дії медичної сестри?

Для розв'язання проблеми "Пацієнт не володіє достатніми навичками інгаляції лікарського засобу через рот" медична сестра має скласти план навчання.

План навчання пацієнта інгаляції лікарського засобу через рот

Проблема

Мета

Сестринські втручання

(н) Пацієнт не володіє достатніми навичками інгаляції лікарського засобу через рот

Пацієнт володітиме необхідними навичками інгаляції лікарського засобу через рот без сторонньої допомоги

1. Дати необхідні рекомендації у вигляді друкованих видань (буклети, пам'ятки тощо).
2. Навчати необхідних навичок доступними для пацієнта темпами.
3. Продемонструвати пацієнтові етапи виконання процедури, використовуючи інгаляційний балончик без лікарського засобу: повернути балончик догори дном і зняти захисний ковпачок; балончик з аерозолем добре струснути; балончик тримати рукою, а мундштук затиснути губами; після глибокого видиху зробити глибокий вдих і одночасно натиснути на дно балончика: у цей момент видається доза аерозолу (кількість доз аерозолу визначає лікар); затримати дихання на кілька секунд, потім витягнути мундштук із рота і зробити повільний видих; після інгаляції надягти на балончик захисний ковпачок.
4. Давати можливість пацієнту висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання.
5. Надати вичерпні відповіді на всі запитання пацієнта.
6. Дати можливість пацієнту повторювати дії за медичною сестрою.
7. Рекомендувати та заохочувати членів родини допомагати пацієнтові (за згодою пацієнта)

2. При виписуванні додому пацієнту Ж., хворому на цукровий діабет, було рекомендовано самому проводити підшкірне введення інсуліну. Але він не

володіє методикою підшкірного введення інсуліну. Для вирішення цієї проблеми медична сестра має скласти план навчання пацієнта, хворого на цукровий діабет, підшкірному введенню інсуліну.

План навчання пацієнта, хворого на цукровий діабет, підшкірному введенню інсуліну

Проблема	Мета	Сестринські втручання
Пацієнт не володіє методикою підшкірного введення інсуліну	Пацієнт володітиме методикою підшкірного введення інсуліну	1. Дати необхідні рекомендації щодо методики підшкірної ін'єкції інсуліну у вигляді друкованих видань (буклети, пам'ятки тощо) про те, як набрати в шприц необхідну дозу інсуліну, у яке місце вводити тощо (якщо пацієнт не може запам'ятати послідовність дій під час виконання процедури). 2. Звернути увагу пацієнта на те, що для проведення ін'єкції йому слід мати: а) флакон з інсуліном; б) стерильний шприц; в) ватні кульки; г) спирт; г) лоток. 3. Навчати пацієнта необхідних навичок доступними для пацієнта темпами. Звернути увагу на те, що він має: а) помити руки з милом, висушити рушником та обробити спиртом; б) підготувати шприц; в) набрати інсулін у необхідній кількості з флакона, обробивши гумовий корок ватною кулькою, змоченою у 70 % розчині етилового спирту; г) замінити голку і покласти шприц в упаковку від нього; г) вибрати місце ін'єкції (див. мал. 167) та протерти його ватною кулькою, змоченою в спирті; д) шкіру зібрати в складку і в основу її швидко ввести голку на 1,5—2 см (мал. 175); е) повільно ввести інсулін; є) швидко вийняти голку і місце ін'єкції протерти ватною кулькою, змоченою в спирті. 4. Дати можливість пацієнту висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання. Дати відповіді на всі запитання пацієнта. 5. Рекомендувати та заохочувати членів родини брати участь у догляді за пацієнтом (за згодою пацієнта)

3. Пацієнт М. лікується амбулаторно протягом 3 тиж. з приводу гострого бронхіту. Але його стан не поліпшився. Лікар направив пацієнта лікуватися в умовах денного стаціонару. Йому було призначено антибіотик в ін'єкціях. Пацієнт відмовляється від ін'єкцій тому, що в нього немає грошей на купівлю одноразових шприців, а через багаторазові шприци він боїться заразитися гепатитом або ВІЛ-інфекцією. Пацієнт хоче продовжувати лікуватись пігулками.

642

Як потрібно скласти план догляду за таким пацієнтом?

План догляду за пацієнтом, який відмовляється від проведення ін'єкцій

Дата	Проблема	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		короткострокова	довгострокова			
29.03. 2010	Пацієнт відмовляється від ін'єкцій	Через три дні пацієнт не відмовляється	Пацієнт спокійно ставиться до проведення ін'єкцій	1. Провести психологічну підготовку пацієнта до процедури. 2. Організувати моральну	1. Проводила бесіду з пацієнтом про необхідність виконання ін'єкцій по 15 хв 29.03, 30.03, 31.03. Пояснила пацієнту, що ліки, які вводяться	31.03. 2010 пацієнт усвідомлює необхідність

	від ін'єкцій	підтримку з боку інших пацієнтів	ін'єкційним способом, діють краще, ніж таблетки. Проінформувала пацієнта про те, що весь інструментарій у відділенні стерильний. 2. Познайомила з пацієнтами, яким виконують ін'єкції з позитивним ефектом лікування	виконання ін'єкцій, підтвердив готовність до здійснення їх. Мети досягнено
--	--------------	----------------------------------	---	--

Математичні розрахунки у фармакологі

Матеріал для повторення

Мета: сприяти розумінню скорочень та одиниць метричної системи, які широко використовують.

Перш ніж перейти до інших тем, важливо пам'ятати скорочення (аббревіатури), одиниці метричної системи та загальні принципи безпеки, які широко застосовують.

Медичні скорочення

Значення	Скорочення
щогодини	ЯБ
кожні дві години	q2b(ч 2Б.)
щоденно	Я<1
перед сном	Бз
перед їдою	ас

643

після їди	рс
коли завгодно, будь-коли	асіііБ
за необхідності, за потреби	ргп
негайно	
двічі на день	Б.і.сі. (ВЮ)
тричі на день	і.і.а. (тго)
4 рази на день	Я.І.4 (ОГО)
через (вживається для позначення орудного відмінка: через рот)	рег
через рот	ро
нічого через рот	МЮ
внутрішньом'язово	І.М.
підшкірно	8. с. (зиБс)
внутрішньовенно	ІV.
грам	От(§т)
міліграм	т§ (т§т)
кілограм	К8(к§)
міліеквівалент	Мея
літр	Б
мілілітр	ті (тБ)
вода	аґ-

рідина	Ясі
крапля, закапати	Я«
одиниця	Щи)
капсула	сар.
таблетка	іаБ.
ампула	атр.
розчинити	СПІ.

Приклад 1:

Лікар призначив застосувати аспірин 325 мг іаБ. д.бН. ро від болю.

Ви маєте давати пацієнту одну таблетку через 6 год через рот.

Приклад 2.

Лікар призначив граволь 100 ггщ /. V. зіаі.

Ви маєте застосувати граволь 100 мг внутрішньовенно негайно.

Метрична система одиниць

1. Метр приблизно дорівнює 39,4 дюйма

Одиниця	Значення, м
Дециметр	0,1
Сантиметр	0,01

644

Міліметр	0,001
Мікрометр	0,000001

2. Грам — основна одиниця маси 1 г = 1000 мг

Одиниця	Значення, г
Мікрограм	0,000001
Міліграм	0,001
Центиграм	0,01
Дециграм	0,1
Декаграм	10
Гектограм	100
Кілограм	1000 (2,2 фунта)

* 1 фунт = 454 г

3. Літр приблизно дорівнює кварти (1,06 кварти)

Одиниця	Значення, л
Децилітр	0Д
Центилітр	0,01
Мілілітр	0,001
Мікролітр	0,000001
Декалітр	10
Гекталітр	100
Кілолітр	1000

Приклад 1:

Лікар призначив пацієнту препарат "Х" 500 мг.

Цей препарат випускають у грамах.

Скільки грамів вам потрібно дати пацієнтові?

Відповідь: 1000 мг = 1 г

500 1

Приклад 2: Маса тіла дитини

Відповідь: 2,2 фунта = 1 кг

ко
58 фунтів =----= 26,3 кг

2,2

58 фунтів, що дорівнює кілограмам.

645

Основні принципи безпечного застосування лікарських засобів

У листку "Призначення лікаря" має бути надана така інформація:

1. Назва лікарського засобу.
2. Величина дози.
3. Спосіб, шлях застосування.
4. Коли слід застосовувати препарат (щогодини, кожні 2 год, щоденно, перед сном, перед їдою, після їди, коли завгодно/будь-коли, за необхідності, за потреби, негайно, двічі на день). Призначення може містити й певні додаткові вказівки (проти болю, при температурі). Застосовуючи лікарські засоби, слід пам'ятати про визначення семи "правильних" чинників:

- 1) правильний пацієнт;
- 2) правильний препарат;
- 3) правильна доза;
- 4) правильний шлях, спосіб уведення;
- 5) правильний час;
- 6) правильний прийом, метод застосування;
- 7) правильний підхід.

Контроль засвоєного матеріалу

Впишіть правильні значення підкреслених скорочень у питаннях 1 і 2. 1. Призначення лікаря: препарат А. З.с.дй. Застосувати: препарат А. (1)

(2)
2. Призначення лікаря: препарат В. 500 мг сар. ро ас. препарат В. 500 (1) ,
Застосувати: _____
(2) _____, (3) _____
(4) _____

3. Перетворіть: 1
г = _____ мг
0,001 г = _____ мг
750 мг = _____ г
1 л = _____ мл
700 мл = _____ л
60кг = _____ фунтів

Звірте свої відповіді на питання тесту з правильними

- 1.(1) підшкірно (2) щоденно
2. (1) міліграм
(2) капсула
(3) через рот (перорально)
(4) перед щою

646

**СПОСТЕРІГАННЯ І ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ
З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ.**

ПОСТАВЛЕННЯ КЛІЗМ, ГАЗОВІДВІДНОЇ ТРУБКИ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- клінічні симптоми при захворюваннях органів травного тракту;
- особливості промивання шлунка в пацієнтів у непритомному стані;
- види клізм: очисна, проносна (олійна та гіпертонічна), сифонна, лікарська, поживна;
- протипоказання та можливі ускладнення при поставленні різних видів клізм, газовідвідної трубки;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад: біль, відрижка, печія, гикавка, порушення апетиту, нудота, блювання, шлункова кровотеча, посилене газоутворення в кишках (метеоризм); закреп, пронос, кишкова кровотеча, відчуття сорому.

Уміти:

- спостерігати за функціонуванням кишок;
- пояснити пацієнту суть маніпуляції і правила підготовки до неї;
- узяти промивні води шлунка для дослідження;
- надати допомогу пацієнту при блюванні. **Володіти навичками:**
- промивання шлунка притомному пацієнту (на фантомі);
- поставлення клізм і газовідвідної трубки (на фантомі).

Симптоми функціональних порушень органів травлення

Порушення функціональної діяльності органів травлення виникають насамперед при захворюваннях травного тракту, гепатобіліарної системи, підшлункової залози.

Найважливіші симптоми функціональних порушень органів травлення — біль у різних ділянках живота, відрижка, печія, гикавка, порушення апетиту, нудота, блювання, здуття живота, закрепи, проноси, гостра шлункова і кишкова кровотеча.

Біль у животі

Біль у животі є найчастішою ознакою захворювань органів черевної порожнини. Причини і характер його можуть бути різними. Біль у животі може бути постійним, нападаподібним, з'являтися в певну пору року (сезонність). Біль може бути пов'язаний зі споживанням їжі (голодний, нічний, через якийсь

665

час після щи, зменшується після їди). Нападаподібний біль у животі називається колькою.

Біль може бути різної інтенсивності, аж до нестерпного.

Біль у животі — це симптом захворювань шлунка, дванадцятипалої кишки, печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, кишок, селезінки, захворювання та ушкодження очеревини, а також гостра хірургічна патологія (гострий апендицит, кишкова непрохідність, перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, гострий холецистит тощо).

Локалізація болю в животі

Біль може локалізуватися в нижній частині живота (мал. 176, а):

- у чоловіка — патологія сечової системи; спостерігайте за сечовипусканням і сечею;
- у жінки — захворювання сечової системи, вагітність, болючі менструації, запалення внутрішніх статевих органів.

666

Якщо біль почався в попереку і перемістився в пахвинну ділянку (мал. 176, б):

- можлива патологія сечової системи, сечокам'яна хвороба. Біль поширюється в ділянці правого підребер'я (мал. 176, в):

— можлива патологія печінки або жовчного міхура; спостерігайте за кольором шкіри, сечі і калу, характером болю.

Біль локалізується в центрі верхньої частини живота (мал. 176, з):

— можливо, це серцевий біль (поширюється вгору по грудній клітці і навіть у руки);

— не виключене порушення травлення внаслідок переїдання, емоційного або фізичного перенапруження.

Біль локалізується на рівні підребер'я (мал. 176, г):

— можливі порушення травлення в шлунку (гастрит) або дванадцятипалій кишці; необхідно визначити зв'язок болю зі споживанням їжі, зміною загального стану і маси тіла.

Біль локалізується нижче пупка (мал. 176, а):

— за навантешчності припухлості або відчуття дискомфорту в паху, які посилюються при фізичному напруженні або кашлю, не виключена грижа;

— можливий закреп або пронос, якщо поява болю пов'язана з дефекацією;

— у жінок можливе порушення функції статевих органів (необхідно стежити за виділеннями з піхви) або вагітність.

Біль пов'язаний зі здуттям живота:

— короткочасний біль пов'язаний переважно зі скупченням газів у кишках за наявності порушень дієти (споживання рослинної клітковини, газо-ваних напоїв, пива);

— напади болю внизу живота, що припиняються після відходження газів і після дефекації, можуть бути пов'язані з порушенням травлення в кишках;

— раптовий біль і здуття живота (відходження газів не полегшує стан) можуть бути пов'язані з непрохідністю кишок; необхідна термінова допомога лікаря.

За появи болю в животі негайно викликають лікаря. До його приходу хворого вкладають у ліжку. Спостерігають за його станом, положенням у ліжку. Ні в якому разі не можна прикладати хворому грілку при болю нез'ясованого походження, бо в осіб із захворюваннями шлунка і кишок можливі різні ускладнення (кровотечі, перфорації або загострення запального процесу в очеревині). Також не можна ставити клізми і давати ліки (навіть знеболювальні або проносні).

Треба пам'ятати, що при гострих запальних процесах у черевній порожнині показане застосування холоду (міхур з льодом або холодною водою).

В домашніх умовах

Сильний біль у животі, що не припиняється, вимагає термінового медичного втручання в таких випадках:

— якщо він триває понад 4 год;

— якщо він супроводжується блюванням, яке не приносить полегшення;

— якщо при цьому живіт роздутий і болючий;

— якщо біль супроводжується загальною слабкістю, блідістю, сонливістю або сплутаністю свідомості.

667

Запобігання: до встановлення причин болю в животі, чекаючи на медичну допомогу, не можна:

— застосовувати грілки на живіт;

— давати хворим проносні засоби або ставити клізми; при багатьох гострих захворюваннях органів черевної порожнини, що вимагають невідкладної хірургічної допомоги (апендицит, холецистит), зазначені процедури без показань можуть погіршити стан і призвести до розвитку різних ускладнень;

— споживати їжу, спиртні напої;

— застосовувати знеболювальні препарати, промивати шлунок. **Рекомендації при спостереженні за пацієнтом із болем у животі:**

— зручно вкласти пацієнта, забезпечити йому спокій;

- негайно транспортувати в хірургічне відділення;
- на живіт покласти міхур з льодом.

Симптоми порушень, пов'язаних зі споживанням їжі й води

Апетит

Зниження апетиту звичайно спостерігається при порушенні секреторної функції найважливіших травних залоз травного тракту. Іноді порушення апетиту може стати перешкодою для успішного видужання ослаблених хворих. Харчування таких пацієнтів вимагає ретельного перегляду, з'ясування звичок хворого, режиму харчування і стереотипів, які склалися.

Втрата апетиту (анорексія нервового походження) — це психологічний розлад, при якому людина (частіше молода жінка) відмовляється від їжі через страх погладшати. Хворій з анорексією здається, що вона дуже повна, хоча насправді дуже худа. При схудненні в більшості хворих з анорексією припиняються менструації, шкіра стає жовтуватою, на тілі з'являється пушок. Без належного лікування стан може загрожувати життю.

Підвищений апетит без підвищення енергетичних витрат організму супроводжується споживанням великої кількості їжі, частіше підвищеної енергетичної цінності, і збільшенням маси тіла. Стан може бути пов'язаний із нервовими стресами, вагітністю, застосуванням деяких лікарських препаратів, гормональними змінами (змінами ендокринної системи).

Ненормально підвищений апетит нервового походження — варіант "хвороби схуднення", нервової анорексії. Часто через місяці або роки зниженого харчування в молодій жінки може розвинути обжерливість, хоча страх перед збільшенням маси тіла залишається і спричинює блювання. Іноді хворі використовують проносні у високих дозах. Напади обжерливості і блювання в таких хворих бувають один або кілька разів на день. У тяжких випадках це може призвести до зневоднення, загальної слабості, судом. Хворі емоційно пригнічені. Лікування найкраще проводити в лікарні.

Спрага

Спрага є показником дефіциту води в організмі. Вона може виникнути і в разі затримки води в тканинах (серцеві і ниркові набряки, порушення функціонування залоз внутрішньої секреції). Як тимчасове явище спрага виникає при підвищеній сухості порожнини рота і глотки, а також унаслідок швидко-

668

го випаровування вологи (постійно відкритий рот, порушення носового дихання). Різко виражена спрага спостерігається в осіб, які працюють в умовах високої температури навколишнього середовища у зв'язку з рясним потовиділенням, що призводить до зменшення в організмі запасів води і мінеральних солей. Спрага з'являється при цукровому і нецукровому діабеті. При догляді за хворим спрагу усувають шляхом зрошування слизової оболонки губ і порожнини рота, у деяких випадках дають пополоскати рот, після чого хворий випльовує воду.

Порушення травлення в шлунку

Печія

Печія — це відчуття печіння в ділянці стравоходу або надчерев'я (епіга-стрія), яке виникає внаслідок потрапляння кислого вмісту шлунка в стравохід. Частіше трапляється при надмірній кількості шлункового соку з підвищеною кислотністю, але іноді буває в людей зі зниженою чи нормальною кислотністю. Часто печія супроводжує гастрит — запалення слизової оболонки шлунка або виразкову хворобу шлунка.

У деяких хворих печія виникає при вживанні цукру, меду, чорного хліба, жирної, солоної їжі.

Для усунення печії рекомендують не вживати грубу, гарячу, дуже кислу, солону, солодку, жирну їжу. Їсти треба малими порціями. Нейтралізують соляну кислоту молоко, вершки, свіжий кефір, ряжанка. Рекомендують вживати лужну мінеральну воду, олію (по 1—2

столові ложки маслинової або кукурудзяної олії за 1—1,5 год до їди), які знижують кислотоутворення та сприятливо діють на слизову оболонку стравоходу. Потрібна консультація гастроентеролога.

Треба пам'ятати, що призначати при печії натрію гідрокарбонат, хоча він і швидко усуває її, недоцільно через утворення вуглекислоти, яка стимулює секрецію шлунка.

Гикавка

Гикавка — це судомне скорочення діафрагми, яке супроводжується раптовим сильним вдихом із характерним звуком. Гикавка є рефлекторним актом. Вона, як правило, залежить від проведення ритмічних імпульсів у рухових волокнах діафрагмального нерва.

Короткочасна гикавка частіше виникає у відповідь на швидке наповнення шлунку, особливо сухою їжею. Триваліша гикавка супроводжує захворювання жовчного міхура, стани після хірургічного втручання в черевній порожнині, непрохідність кишок, неврози, порушення мозкового кровообігу. Тривалість нападу гикавки коливається від кількох хвилин до кількох тижнів.

Тривка гикавка може бути провісником тяжкого ускладнення — перфорації виразки шлунка або червоподібного відростка при його запаленні. Вона вимагає індивідуальних ефективних заходів. Надаючи допомогу, пацієнта необхідно заспокоїти, надати йому зручного положення, розстібнути одяг, що стискає грудну клітку, забезпечити доступ свіжого повітря, дати пацієнтові

669

кілька ковтків води, а також — подразнити деякі рефлексогенні зони шляхом: надавлювання на очні яблука, а також між ніжками груднинно-ключично-со-скоподібного м'яза; застосування прийому Вальсальви — сильне натужування на висоті максимального вдиху із затиснутим носом і закритим ротом; використання тієї чи іншої пози. При тривкій гикавці рекомендують усередину настойку валеріани 1—2 столові ложки або 0,5 % розчин новокаїну.

Відрижка

Відрижка — це раптове видалення повітря або газів шлункового вмісту зі стравоходу або шлунка в ротову порожнину (вуглекислота, сірководень і метан, що утворюються внаслідок розпаду білка і бродіння). Вона може бути наслідком аерофагії — заковтування надлишку повітря при швидкій їді, неврозах. Відрижка — наслідок рефлексів шлунка й очеревини. У здорової людини відрижка може виникати в разі переповнення шлунка їжею.

Відрижка звичайно має неприємний запах, часто супроводжує запалення слизової оболонки шлунка (гастрит). При захворюваннях шлунка відрижка може бути кислою, смердючою, гнилісний запах при відрижці (відрижка "тухлим яйцем") спостерігається внаслідок затримки евакуації вмісту шлунка внаслідок порушення прохідності воротаря або різкого опущення шлунка, розпаду ракової пухлини шлунка. При захворюванні жовчного міхура — відрижка тухлим, при скупченні великої кількості повітря в шлунку — повітрям. Відрижка — це не захворювання, а симптом, тому за часті відрижки, яка турбує хворого, слід лікувати основне захворювання. Якщо відрижка пов'язана з переїданням, обмежують об'єм їжі, спожитої одноразово. Після їди радять не лягати, а походити. Не треба їсти перед сном.

Особливого догляду при відрижці хворий не потребує, йому рекомендують пити розчини натрію гідрокарбонату, магнію сульфату або мінеральну воду (боржом).

Нудота

Нудота — неприємне відчуття у верхній частині живота (у підчерев'ї), відчуття важкості, що іноді супроводжується зблідненням пацієнта, посиленням потовиділенням, серцебиттям, слиновиділенням і вповільненням дихальних рухів. Нудота часто передують блюванню.

Рекомендації. Якщо напади нудоти болючі, не можна вживати їжу, а треба пити маленькими частинами ковтками звичайну переварену воду. Вкладіть пацієнта в ліжку, поки це відчуття не мине або поки блювання не полегшить його стан.

Блювання

Блювання (від лат. *vomi(iz)*) — складний рефлекторний акт за участю м'язів шлунка, діафрагми, передньої черевної стінки, а також надгортанника і м'якого піднебіння, наслідком якого є виведення блювотних мас зі шлунка назовні через рот. Блювання може бути центрального походження (виникає при підвищенні внутрішньочерепного тиску — пухлини мозку, гіпертонічна хвороба, струс мозку тощо і не приносить полегшення) і периферичного (на-

670

стає після нудоти, слинотечі, у блювотних масах наявні залишки їжі з кислим запахом, приносить полегшення).

Блювання — один із найхарактерніших симптомів захворювань органів травлення. У деяких випадках блювання виникає як захисний рефлекторний акт, спрямований на видалення із порожнини шлунка недоброякісної їжі, отруйних, токсичних речовин, кислого шлункового вмісту. За таких причин блювання спроможне поліпшити самопочуття хворого. Блювотні маси часто містять залишки неперетравленої їжі, мають кислий запах. Іноді визначається домішка жовчі, унаслідок чого вони набувають жовтого кольору.

У більшості випадків блюванню передують нудота. Блювання супроводжується загальною слабкістю, блідістю, потовиділенням, брадикардією, зниженням артеріального тиску.

Стан пацієнта в момент блювання незалежно від його причин тяжкий і завдання медичної сестри — надати йому допомогу.

Запам'ятайте! Найтяжчим ускладненням блювання є аспірація шлункового вмісту, що може призвести до рефлекторної зупинки дихання.

За появи блювання пацієнтові необхідно надати положення сидячи або лежачи (на боці) у ліжку (мал. 177). З метою полегшити видалення зі шлунка блювотних мас, зокрема у тяжкохворих, необхідно їх голову розмістити дещо нижче тулуба.

Перша допомога при блюванні

Ефект: профілактика потрапляння в дихальні шляхи блювотних мас, допомога при тяжкому нездужанні.

671

Підготовка: пояснити пацієнтові суть процедури, яка, як правило, створює значні психологічні проблеми, якщо пацієнт притомний.

Оснащення: клейончастий фартух, серветка, таз, відро, вода для полоскання рота, лоток.

Положення пацієнта: сидячи, якщо пацієнт контролює свої дії.

1. Заспокоїти пацієнта, посадити його, надіти на нього фартух або пов'язати серветку, поставити до ніг таз або відро.

2. Притримувати при блюванні голову пацієнта, поклавши йому долоню на чоло.

3. Після блювання дати пацієнтові воду прополоскати рот, допомогти умитися, вимити руки, допомогти лягти.

4. Віднести таз, за необхідності показати лікареві блювотні маси. **Положення пацієнта:** лежачи на боці, якщо стан тяжкий (пацієнт непритомний).

1. Зафіксувати положення пацієнта на боці за допомогою подушок, за неможливості змінити положення пацієнта повернути його голову набік, щоб уникнути потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи; пацієнт постійно перебуває під контролем.

2. Шию і груди пацієнта прикрити серветкою або клейонкою.

3. Приставити до рота пацієнта ниркоподібний лоток.

4. По закінченні блювання обробити порожнину рота водою або дезінфекційним розчином (2 % борної кислоти, 2 % розчином натрію гідрокарбонату, 0,01 % розчином калію перманганату).

Аби запобігти потраплянню блювотних мас у дихальні шляхи, особливо у тяжкохворих, необхідно регулярно після кожного блювання очищувати ротову порожнину за допомогою вологого ватно-марлевого тампона або грушоподібного балона. Якщо у хворого під час блювання виникають запаморочення, непритомність, йому дають понюхати нашатирний спирт. Для припинення блювання хворому пропонують м'ятні краплі, холодну, підкислену лимонною кислотою, воду, 0,5 % розчин новокаїну, шматочки льоду.

5. Віднести лоток, за необхідності показати лікареві блювотні маси. Блювотні маси слід залишити в посудині до приходу лікаря. За його призначенням частину їх відбирають у чисту банку і відправляють для лабораторно-діагностичних досліджень. Біля пацієнта із тривким або нестримним блюванням доцільно організувати індивідуальний пост.

Можливі ускладнення: з появою блювотних мас кольору кавової гущі або червоної крові (ознаки кровотечі) негайно укладіть пацієнта, покладіть на верхню частину живота міхур з льодом, викличте лікаря.

Рекомендації: якщо блювання не викликає серйозних побоювань, скористайтеся такими порадами:

1. Не давайте тверду їжу доти, поки не минуть нудота і блювання.
2. Давайте багато питва, навіть якщо не вдається пригнітити блювання.
3. Не можна палити.

672

4. Не приймати ліки.

5. Викликати лікаря. *Шлунково-кишкова кровотеча*

Кровотеча у травний тракт має 2 періоди. Перший (латентний) період настає з моменту надходження крові у шлунок або кишки і проявляється загальними ознаками крововтрати: дзвенінням і шумом у вухах, запамороченням, загальною слабкістю, холодним потом, блідістю шкірних покривів, мерехтінням "мушок" перед очима, частим диханням та серцебиттям, прискоренням пульсу (100—140 за 1 хв), зниженням артеріального тиску, можливим болем у ділянці серця. Хворий не розуміє, що з ним трапилося, може знепритомніти (непритомний стан звичайно короткочасний). Другий (явний) період характеризується появою блювання з кров'ю або дьогтеподібних випорожнень.

Хворому необхідно надати невідкладну допомогу. Йому створюють максимальний фізичний і психічний спокій, призначають суворий постільний режим, максимально усувають психічні подразники. На живіт кладуть міхур із льодом або холодною водою (мал. 178). Забороняють пити воду. Дають подихати киснем через маску або трансназальний катетер, що значно полегшує стан хворого. Негайно викликають лікаря. Транспортують хворого на ношах. Якщо хворий перебуває в тяжкому стані, піднімають ножний кінець нош для поліпшення кровопостачання мозку.

При наданні невідкладної допомоги хворим із гострою шлунково-кишковою кровотечею необхідно застосовувати тріаду чинників: холод, голод і спокій.

Порушення функції кишок

Кал формується в кишечнику і складається із залишків їжі, переважно з рослинної клітковини. Частину калу становлять живі і мертві мікроорганізми. Склад калових мас залежить від характеру їжі та функціонування травного тракту.

Колір калу залежить від пігменту. Деякі харчові продукти містять природні барвники, які фарбують кал (чорна смородина, чорниця, вишня, мак). Деякі лікарські препарати також можуть змінити колір калу. За наявності крові залежно від рівня гемоглобіну колір калу може бути чорним, а сам кал — дьогтеподібним.

Консистенція калу м'яка. При різних патологічних станах кал може бути кашкоподібним, помірно щільним, щільним, рідким, напіврідким, замазко-

673

подібним; сірий колір і замазкоподібна консистенція свідчать про присутність незасвоєного жиру і незасвоєної жовчі в кишках.

Форма калу в нормі циліндрична, ковбасоподібна. При звуженнях і спазмах товстої кишки кал може бути стрічкоподібним або у формі щільних кульок ("овечий" кал).

Запах залежить від складу їжі й інтенсивності процесів бродіння і гниття. М'ясна їжа дає різкий запах, молочна — кислий.

Домішка в калі — у вигляді слизу, гною, крові, кишкових паразитів, випадкових сторонніх тіл. Гній у калі має вигляд жовтих непрозорих грудочок. Видима кров — у вигляді згустків різної величини на поверхні калу або змішана із гноем чи слизом. Темна кров у калі буває при кишковій кровотечі з верхніх відділів кишок, а світла кров на поверхні калу вказує на кровотечу із прямої кишки.

Кишкові паразити — у вигляді окремих особин або члеників.

Жовчні і кишкові камені відрізняються від інших частин калу за формою, щільністю і властивостями поверхні.

Дефекація — спорожнювання дистальних відділів товстої кишки. За нормальної функції кишок дефекація відбувається 1 раз на добу, є умовно-рефлекторним актом і підкорюється волі людини. Порушення акту дефекації проявляються у вигляді закрєпів, проносів і мимовільної дефекації.

Закреп

Закреп або **запор** (від лат. *ob&iipraio*) — тривала (понад 2 доби — 48 год) затримка виділення калу. Розрізняють:

- **органічний закреп** (пов'язаний з механічною перешкодою — звуженням кишки пухлиною, рубцями, спайками);
- **функціональний закреп** (при вживанні легкозасвоюваної їжі, недостатньому руховому режимі, захворюваннях печінки, жовчного міхура, статевих органів).

Найчастіше виникає через ослаблення кишкових м'язів і перистальтики, зниження тонуусу кишок, атонію черевних м'язів або підвищення тонуусу колових м'язів окремих ділянок товстої кишки.

Тривала затримка калу в кишках може не лише спричинити порушення їх діяльності, а й негативно вплинути на перебіг серцево-судинних захворювань, захворювань органів дихання, видільної системи. У комплексних заходах боротьби із закрєпами пацієнтам слід рекомендувати збільшити обсяг фізичних вправ, зокрема ранкову гімнастику, масаж живота. Рекомендації щодо харчування: продукти зі значним вмістом клітковини (буряки, чорнослив, банани), а також водні витяжки із рослин з послаблювальною активністю (алексан-дрійський лист, інжир, жостір, ревінь).

Атонічні закрєпи — наслідок малорухливого способу життя, споживання їжі з малою кількістю клітковини (каша, хліб та ін.).

Спастичні закрєпи є наслідком тонічних скорочень колових м'язів, що призводить до припинення перистальтики у відповідному відділі кишок. У роз-

674

витку спазмів кишок більшу роль відіграє перезбудження нервової системи. Спастичні закрепи спричинює груба їжа, багата на клітковину.

Механічні закрепи виникають при перегибах кишок, закупорці різних відділів кишок гемороїдальними вузлами, пухлинами, каловими каменями. Іноді механічні закрепи можуть призвести до часткової кишкової непрохідності. Калові камені прямої кишки можна вилучити рукою: сам пацієнт або той, хто доглядає за ним, надягає гумову рукавичку, добре змащує її вазеліном і, увівши два пальці у відхідниковий отвір, вилучає камені; хворий лежить на спині із зігнутими в колінах ногами; під крижі поміщають підкладне судно.

Звичні закрепи з'являються при постійному пригніченні нормального рефлексу дефекації через поспіх, зайнятість, сором'язливість, у зв'язку із чим кишки "звикають" рідко спорожнюватися. При 3—4-денному закрепі виникають нудота, почуття розпирання в черевній порожнині, неприємні відчуття внизу живота, знижується апетит, з'являється неприємний запах із рота.

При закрепах слід виробити щоденний рефлекс дефекації й усунути їх причину. При звичних закрепах призначають дієту, багату на рослинну клітковину (буряк, капусту, чорнослив, чорний хліб); при спастичних закрепах застосовують препарати, що заспокоюють нервову систему (валеріана); хворим, що перебувають на постільному режимі, рекомендують періодичні очисні клізми з водою кімнатної температури з додаванням 1 склянки настою ромашки, 5—10 г стружок дитячого мила або 20 г гліцерину. При малорухливому способі життя слід займатися раціональною фізкультурою, привчатися до акту дефекації в певний час дня.

Для очищення нижніх відділів кишок застосовують клізми: очисну, олійну, гіпертонічну, верхніх — сифонну.

Пронос

Пронос виникає внаслідок посилення кишкової перистальтики і підвищення секреторної функції кишок. Спостерігається пронос при запаленні слизової оболонки кишок (**ентерити, ентероколіти**), різного роду інтоксикаціях, явищах підвищеної чутливості до деяких харчових продуктів (алергія), зниженні кислотності шлункового соку, порушенні нервової системи, поганому усмоктуванні поживних речовин і води, у зв'язку із чим не утворюються щільні калові маси. Кров і слиз у випорожненнях можуть указувати на інфекційне захворювання. Хворого з проносом обов'язково має оглянути лікар, за потреби проводять лабораторний аналіз на наявність інфекційного захворювання.

При проносах неінфекційного походження:

1. Призначити дієту.
2. Стежити за дотриманням пацієнтом дієти.
3. Застосовувати рослинні препарати: відвар з ромашки, кори дуба, граната.

675

4. Консультація гастроентеролога.
5. За призначенням лікаря проконтролювати приймання медикаментозних препаратів.
6. Ослабленим пацієнтам під час дефекації в ліжку подати судно, краще гумове.
7. Забезпечити пацієнта туалетним папером, а за необхідності — підмити.
8. Вимити руки з милом, витерти чистим рушником. *При проносах нез'ясованої етіології:*
 1. негайно повідомити лікаря, тому що пронос може бути проявом інфекційного захворювання.
 2. Пацієнта ізолювати до з'ясування причин проносу.
 3. Калові маси обов'язково відправити в лабораторію для дослідження.
 4. Фіксувати частоту і характер випорожнень.
 5. У разі підтвердження діагнозу інфекційного захворювання організувати транспортування пацієнта в лікарню інфекційного профілю.

6. Заповнити термінове повідомлення про інфекційне захворювання, негайно відправити його в санітарно-протиепідемічну станцію.

Допомога:

- Щоденно разом із пацієнтом проводити реєстрацію даних про його випорожнення: фіксувати їхній характер і частоту.
- Стежити за перистальтикою кишок і метеоризмом.
- Рекомендувати пацієнтові пити якомога більше рідини.
- Рекомендувати дієту без клітковини (стіл № 4).
- Порадити пацієнтові проводити ретельний догляд за промежиною для запобігання мацерації і тріщин.

Метеоризм

Метеоризм — патологічне надмірне газоутворення в кишках, що спричинює різке відчуття здуття, розпирання живота і виникає внаслідок: зловживання рослинною їжею зі значним вмістом клітковини (горох, боби, капуста), споживання чорного хліба, молока, картоплі, винограду; порушення рухової (перистальтичної) активності кишок через зниження тонуусу їхніх стінок та непрохідність; зниження всмоктування газів стінками кишок при їх нормальному утворенні; аерофагії (надмірне заковтування повітря з подальшим надходженням його в шлунок та кишки). Можливий істеричний метеоризм унаслідок складних нервових механізмів.

Метеоризм — один із провідних симптомів гострих і хронічних захворювань шлунка, підшлункової залози, тонкої або товстої кишки. Метеоризм виникає після операцій у черевній порожнині, при запальних захворюваннях кишок, при серцевій недостатності із цирозом печінки. Іноді може бути спричинений функціональними порушеннями у діяльності нервової системи. За появи в пацієнтів метеоризму в їхньому раціоні обмежують вуглеводи: свіжий хліб, вироби з борошна, солодощі (мед, цукерки), пиво,

676

квас, горох, квасолу, капусту, картоплю. З вітрогонною метою використовують активоване вугілля або карбонен (0,5—1 г тричі на день), водну витяжку квіток ромашки або плодів кропу. За тривалої затримки газів у кишках застосовують газовідвідну трубку (кишкова трубка Квінке). Можна використовувати шлунковий зонд дитячого розміру або товстий гумовий уретральний катетер (№ 18—24). Газовідвідна трубка — це товстостінна полірована гумова трубка завдовжки до 30—40 см (мал. 179). Кінець трубки з отвором 5—10 мм, який вводять у кишку, закруглений навколо центрального отвору, протилежний — зрізаний поперечним розрізом і розширений воронкоподібно. Треба пам'ятати, що газовідвідну трубку можна вводити пацієнту декілька разів протягом доби через певні проміжки часу (1—2 год), але вона може перебувати в прямій кишці не більше 1—2 год. Уведення газовідвідної трубки утруднене при скупченні в кишках щільних калових мас. У таких випадках перед уведенням ставлять мікроклізму із гліцерином або ромашкою.

Деякі хронічні захворювання шлунка (гастрит, виразкова хвороба) і кишок (спастичний, атонічний коліт), підшлункової залози (панкреатит) можуть супроводжуватися метеоризмом.

Порушення функції відхідника

Відхідник — це зовнішній отвір прямої кишки, яким вона пов'язана із зовнішнім середовищем. Відхідниковий отвір закривається м'язовим колом (м'язом-замикачем).

Найтиповішими порушеннями функціонування відхідника є:

- болюча дефекація — твердий кал, механічне пошкодження;
- свербіж; для його усунення необхідні ретельна гігієна промежини, носіння бавовняної білизни, виведення кишкових паразитів (гострики);
- кровотеча після дефекації — ушкодження гемороїдальних вузлів при дефекації;
- вузли варикозно-розширених вен прямої кишки — геморої. *Мимовільна дефекація*

Мимовільна дефекація виникає внаслідок розслаблення м'яза — замикача відхідника. При цьому постійно виходить невелика кількість рідких випорожнень, які забруднюють постіль, дають неприємний запах, подразнюють шкіру навколо відхідника, що може призвести до появи пролежнів. При догляді за лежачими хворими необхідно передбачити можливі ускладнення з боку шкіри, стежити за чистотою постільної білизни, проводити гігієнічне оброблення, провітрювати приміщення. Ходячого пацієнта (пацієнт літнього

677

віку, що зберіг елементи самообслуговування) навчають користуватися пам-персами або спеціальними прокладками з марлі чи м'якої тканини, правилам особистої гігієни.

Особливі проблеми спорожнювання кишок

Виведення калу — це дуже інтимний процес, про який люди часто соромляться говорити; він настільки інтимний, що іноді люди не можуть спорожнити кишки за чиєїсь присутності.

Тривалий пронос можуть спричинити зневоднення організму і порушення водного балансу, мікроорганізми, віруси чи неправильне харчування.

Часто при проносі не призначають ніяких ліків і він минає сам собою; іноді призначають певну дієту і лікарські препарати.

Якщо в пацієнта пронос, необхідно повідомити про це лікарю у зв'язку з тим що пронос може бути ознакою інфекційного захворювання, а також у зв'язку з тим що при проносі може швидко настати зневоднення організму. Доглядаючи за таким пацієнтом, варто звертати особливу увагу на правила інфекційного контролю.

Знаючи про незручності, зумовлені проносом, потрібно допомогти підопічному. Варто негайно відповідати на сигнал виклику, поставити судно поруч із ліжком, забезпечити людину свіжою водою, вести належний догляд за шкірою. Якщо потрібно, слід застосувати освіжувач повітря.

Нетримання калу не є ознакою старіння організму. Однак у деяких людей на тлі тривалого лікування може виникнути подібна проблема.

При лікуванні захворювань травного тракту величезне значення має дотримання правильного режиму харчування. Лікар призначає хворому певну дієту, а медична сестра повинна ретельно стежити за її дотриманням.

Поняття про клізми. Особливості проведення очисної клізми дітям

Клізма (від грец. *κλύση* — промивання) — це введення в нижній відділ товстої кишки через відхідник різноманітних рідин з лікувальною та діагностичною метою.

Діагностичну клізму застосовують, наприклад, для виявлення кишкової непрохідності. Для рентгенологічного дослідження товстої кишки (іригоско-пії) використовують контрастну клізму із суспензією рентгеноконтрастного препарату.

З лікувальною метою застосовують очисну, олійну, емульсійну, гіпертонічну, сифонну, лікувальну, краплинну, поживну клізми (табл. 47, 48).

678

Таблиця 47. Порівняльна характеристики клізм

Характеристика	Очисна клізма	Сифонна клізма	Послаблювальна олійна клізма
Дія	Розріджує, подразнює слизову оболонку кишок, посилює перистальтику	Та сама	Обволікує калові маси

Показання	Закреп, отруєння, хронічний коліт; перед рентгенологічним дослідженням органів черевної порожнини, малого таза	Постійні, звичні закрепи, кишкова непрохідність. Виведення газів, отруєння	Постійні, звичні закрепи
Протипоказання	Запалення в ділянці гемороїдальних вен, гострий перитоніт, апендицит	Ті самі	—
Оснащення	Кухоль Есмарха, штатив, наконечник, клейонка, таз, кухоль, гумова трубка з краном, термометр, вазелін	Прилад для сифонної клізми (лійка — 1—2 л, система трубок), глечик, таз, клейонка, вазелін	Гумовий балон чи шприц Жане
Підготовка пацієнта	Положення лежачи на лівому боці	За 3 год дати сольове проносне; положення лежачи на лівому боці	Положення лежачи на лівому боці
Склад рідини	Вода + настій ромашки + 2—3 ложки або гліцерину, або вазелінового масла	Вода, слабкий розчин калію перманганату, содовий розчин	Олія, гліцерин, вазелінове масло (перед уживанням прокип'ятити)
Температура рідини, °С	20 (атонічні закрепи); 37—39 (спастичні закрепи)	38	38 [^] 0
Кількість рідини	0,5—1,5 л	10—15 л	200—300 мл
Техніка виконання	Кухоль Есмарха, штатив заввишки 1—1,5 м; систему заповнити водою, наконечник змастити вазеліном, ввести у відхідник на 10—12 см (спочатку 3—4 см до пупка, а потім паралельно куприку), відкрити кран, повільно ввести рідину; 5—10 хв пацієнт має її утримувати	Лійка. Кінець кишкової трубки змастити вазеліном і ввести у пряму кишку на 20—25 см. Лійку тримати вище тіла пацієнта; наповнити рідиною, підняти. Коли рівень рідини досягне конуса лійки, її опустити над тазом і тримати, доки вода з кишковим умістом не досягне колишнього рівня, після цього вміст вилити в таз	Балон або шприц Жане з гумовим катетером. Уводити повільно, після чого пацієнт лежить 15—30 хв. Дія настає за 8—12 год
Завершення процедури	Підмивання	Підмивання	Підмивання

679

Очисну клізму призначають для розрідження та видалення вмісту нижнього відділу товстої кишки.

Показання. Затримка випорожнень (закреп), підготовка пацієнтів до рентгенологічного дослідження кишок, нирок, ендоскопічного дослідження товстої кишки, операцій, пологів, штучних абортів; перед поставленням лікувальної та поживної клізми; при отруєнні та інтоксикації.

Протипоказання. Гострі запальні процеси в ділянці відхідника, кровоточивий геморої, пухлини прямої кишки в стадії розпаду, кровотечі з органів травлення.

Таблиця 48. Порівняльна характеристика клізм: проносна гіпертонічна, лікувальна місцевої дії, лікувальна загальної дії, поживна, краплинна

Характеристика клізм	Проносна гіпертонічна	Лікувальна		Поживна	Краплинна
		місцевої дії	загальної дії		
Показання	Парез кишок, гіпертонічна хвороба	Запальний процес	Невпинне блювання, непритомний стан, непрохідність стравоходу тощо	Штучне харчування	Для введення великої кількості рідини в організм
Протипоказання	Виразкові процеси в товстій кишці, тріщини відхідника				
Оснащення	Гумовий балон	Гумовий балон	Гумовий балон або крапельниця	Крапельниця або кухоль Есмарха	Крапельниця або кухоль Есмарха
Підготовка пацієнта	На лівому боці	Очисна клізма за 20—30 хв	Очисна клізма за 20—30 хв	Очисна клізма	Очисна клізма
Склад рідини	Розчин магнію сульфату 20—30 %, 10 % розчин натрію хлориду	Відвар ромашки, калію перманганат 1:1000	Серцеві, знеболювальні, заспокійливі, жарознижувальні	М'ясний бульйон, молоко, вершки, 20 % розчин глюкози	Ізотонічний розчин натрію хлориду, 5 % розчин глюкози
Температура рідини, °С	38—40	40	40	38—40	40- [^] 2

680

Закінчення табл. 48

Характеристика клізм	Проносна гіпертонічна	Лікувальна		Поживна	Краплинна
		місцевої дії	загальної дії		
Кількість рідини	50—100 мл	100 мл	100 мл	200—300 мл + 5—10 крапель настойки опію	60—80 крапель за хвилину
Техніка виконання	Балон або шприц Жане з гумовим катетером. Уводити	Така сама. Уводити повільно, після чого пацієнт лежить	Гумовий балон або крапельниця. Уводити повільно,	1—2 рази в день, краще краплинно	Уводити увесь час у теплом вигляді

	повільно, після чого пацієнт лежить 15—30хв	протягом 30хв	після чого пацієнт лежить протягом 30хв		
Завершення процедури	Підмивання	Підмивання	Підмивання	Підмивання	Підмивання

Слід пам'ятати, що прохолодна вода подразнює кишки і посилює їхню перистальтику.

Застосування холодної води не бажане, адже може спричинити спазм кишок, біль у животі і затримку випорожнень при спастичному закрєпі.

При закрєпі, який супроводжується млявою перистальтикою кишок, ставлять прохолодну (20 °С, рідше 16—14 °С) клізму. При спастичному закрєпі — теплі (40 °С) клізми.

Якщо клізма не подіяла, її повторюють через декілька годин.

Потрібно пам'ятати, що не можна одночасно вводити велику кількість рідини.

Олійна клізма. Дія клізми ґрунтується на послаблювальному ефекті внаслідок посилення секреторної функції кишок і перистальтичної активності кишкових м'язів. Дія олійної клізми на слизову оболонку кишки значно ніжніша, ніж очисної. Тому її призначають тим пацієнтам, яким потрібно очистити кишки з мінімальним їх подразненням, наприклад, при запальних процесах у ділянці відхідника, запаленні гемороїдальних вузлів.

Цю клізму призначають при стійкому закрєпі. Ставлять її зазвичай на ніч. Використовують 50—200 мл підігрітої до температури 37—38 °С будь-якої олії (маслинової, соняшникової, конопляної), вазелінового масла. Після цієї процедури пацієнт має спокійно лежати протягом 10—15 хв. Олія розтікається по стінці кишок, обволікує калові маси, розслаблює м'язи кишок і сприяє випорожненню (мал. 180).

Якщо дія олійної клізми через 10—12 год (уранці) не настала, ставлять звичайну очисну клізму.

681

Емульсійна клізма дає хороший спорожнювальний ефект. Застосовують зазвичай у тяжкохворих, які перебувають на ліжковому режимі. Емульсію готують так: змішують 0,5 столової ложки води і 1 столову ложку риbachого жиру, додають 50—100 мл води. Суміш уводять у пряму кишку за допомогою гумового балона або шприца Жане.

Емульсію можна приготувати іншим способом. Заздалегідь готують 2 склянки настою ромашки (1 столова ложка сухої ромашки на 1 склянку окропу), збивають 1 жовток з 1 чайною ложкою натрію гідрокарбонату, заливають настоем ромашки і додають 2 столові ложки вазелінового масла або гліцерину. Через 15—20 хв настає повне спорожнення кишок.

Гіпертонічна клізма. Частіше призначають при атонічних колітах, які супроводжуються закрєпами, а також у разі післяопераційного парезу кишок. Механізм дії гіпертонічної клізми ґрунтується на активації процесів трансудації рідини через стінку кишки, а також на прискоренні пе-

ристальтики кишок, що сприяє розрідженню калових мас. Техніка застосування гіпертонічної клізми не відрізняється від олійної, однак перший акт дефекації настає значно раніше — приблизно за півгодини після процедури.

Для посилення послаблювальної дії очисної клізми до гіпертонічного розчину іноді додають 1—2 столові ложки подрібненого дитячого мила.

Найчастіше використовують 20—30 % гіпертонічні розчини магнію сульфату, натрію сульфату або 10 % розчин натрію хлориду в кількості 50—100 мл. Уводять за допомогою гумового балона або шприца Жане. Пацієнта просять затримати акт дефекації впродовж 20—30 хв. Гіпертонічна клізма спричинює велику кількість рідких випорожнень. Така клізма дуже подразнює слизову оболонку кишок, тому її застосовують рідко.

Враховуючи те що гіпертонічна клізма завдяки своїй осмотичній дії сприяє виходу води з тканин у просвіт кишок, її застосовують при набряках, зокрема оболон головного мозку. **Сифонна клізма.** Призначають при недостатній ефективності звичайної очисної клізми, а також при кишковій непрохідності, різноманітних отруєннях з метою швидкого й ефективного спорожнення кишок, а також для видалення з них продуктів бродіння, гниття і для відходження газів. Для виконання процедури застосовують принцип сполучених судин: однією з них є кишка, іншою — лійка, закріплена на зовнішньому кінці гумової трубки. Для поставлення сифонної клізми використовують лійку ємністю 1—2 л, на яку надіва-

682

ють гумову трубку завдовжки 1,5 м і діаметром не менше 1 см. Гумову трубку за допомогою сполучної частини (скляної трубки) з'єднують зі шлунковим зондом або кишковою трубкою. Для поставлення сифонної клізми беруть 10—12 л чистої води. Слід обов'язково стежити, щоб із кишок вийшло не менше рідини, ніж було введено, до чистих промивних вод.

Лікувальні клізми бувають місцевої та загальної дії. Клізми *місцевої дії* застосовують для зменшення подразнення запалення в товстій кишці, з метою безпосереднього впливу на патологічний процес, що локалізований у нижніх відділах кишок (сигмоподібна, пряма кишка), при коліті, сигмоциті, проктиті. Для усунення спастичного стану в цій ділянці, загоєння ерозій та виразок, а також для лікування запального процесу в параректальній клітковині і порожнині малого таза. Клізми *загальної дії* застосовують для введення в організм ліків або з метою живлення, у разі неможливості перорального приймання ліків (опік слизової оболонки рота або стравоходу), при порушенні процесів усмоктування у системі ворітної вени, наприклад, при хронічній недостатності кровообігу, цирозі печінки. За допомогою лікувальної клізми можна вводити глюкозу, серцеві глікозиди, хлоралгідрат, саліцилати, новокаїн і деякі інші речовини. Для лікувальної клізми можуть бути використані також водні екстракти ромашки, звіробою, валеріани, настойка беладони (остання справляє також і загальну дію).

Лікувального ефекту досягають, використовуючи такі розчини: лужно-сольовий (по 3/4 чайної ложки натрію гідрокарбонату і натрію хлориду розчинити в 1 л води, підігрітої до температури 40—43 °С), калію перманганату (1 г на 1 л води), настій ромашки (1—2 столові ложки сухої ромашки залити 1,5 склянки окропу, настояти, процідити, додати 1/3 чайної ложки натрію хлориду і суміш температури 40—43 °С увести у пряму кишку), відвар крохмалю, шипшинову олію. Лікувальні клізми загалом є мікроклізмами, вміст рідини в них не має перевищувати 50—100 мл. Температура лікувального засобу не має бути нижчою за 40 °С, адже низька температура сприяє позивам до акту дефекації, через що ліки не всмоктуються. За 30—40 хв до поставлення лікувальної клізми ставлять очисну і після спорожнення кишок розпочинають вводити ліки. Щоб запобігти механічному, термічному та хімічному подразненню кишок, ліки вводять разом з теплим ізотонічним розчином натрію хлориду або з обволікальною речовиною (50 г відвару крохмалю).

683

За допомогою лікувальної клізми вводять знеболювальні, заспокійливі та снодійні засоби. Для проведення процедури використовують гумову грушу або шприц Жане з гумовим наконечником (мал. 181).

Краплинна клізма. Застосовують для введення через пряму кишку великої кількості рідини або поживних речовин за умови, коли їх пероральне або парентеральне введення неможливе або утруднене, наприклад, при значних опіках, термічних чи хімічних ушкодженнях стравоходу, при порушеному акті ковтання, стенозі вороталя.

Такий спосіб введення в організм лікувальних розчинів є більш доцільним, адже надходять у пряму кишку краплями і краще всмоктуються. При цьому вони не розтягують кишку, не посилюють її перистальтику і не провокують акт дефекації. Необхідно, однак, пам'ятати, що за допомогою краплинної клізми можна ввести в організм обмежену кількість лікарських засобів. У прямій кишці, крім води, всмоктуються лише низькі концентрації розчину натрію хлориду, 5 % розчин глюкози разом з ізотонічним розчином натрію хлориду. Для поставлення краплинної клізми використовують таку саму систему, що й для очисної, але в гумову трубку, яка з'єднує наконечник з кухлем Есмарха, вставляють крапельницю із затискачем (мал. 182).

Його загвинчують так, щоб рідина з гумової трубки надходила у пряму кишку не струменем, а краплями. Затискач регулює частоту крапель (40—80—120 крапель за 1 хв, що відповідає введенню 2—4—6 см³ рідини, здебільшого в межах 60—80 за 1 хв). Протягом 1 доби можна ввести до 3 л рідини.

Замість кухля Есмарха використовують систему з наконечником для внутрішньовенного введення ліків.

Кухоль з розчином підвішують на висоту 1 м над рівнем ліжка. Медична сестра зобов'язана стежити, щоб пацієнт був добре вкритий (адже ця процедура за часом тривала), щоб не перегиналася трубка і не припинявся потік рідини.

Слід пам'ятати, що ставити краплинну клізму потрібно через 30—40 хв після очисної; температура рідини, яку вводять за допомогою краплинної клізми, має бути 40—42 °С, тому до задньої стінки кухля Есмарха слід прикріпити грілку з водою 45 °С і стежити, щоб вона весь час була теплою.

Поживна клізма. Коли поживні речовини вводити через рот немає змоги (при різкому зневодненні організму, тотальній непрохідності стравоходу, після операції на стравоході і кардіальному відділі шлунка), їх вводять через пряму кишку. Застосування таких клізм дуже обмежене. Зазвичай їх застосовують 2 рази на добу, рідше — 3 рази

684

(щоб не спричинити подразнення прямої кишки). Саме в нижньому відділі товстої кишки всмоктуються вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин глюкози, розчини амінокислот. Якщо подразнення кишки все ж таки виникло, потрібно зробити перерву на декілька днів.

За 30—40 хв до поставлення поживної клізми ставлять очисну клізму для повного очищення кишок. Теплий розчин поживної суміші набирають у гумовий балон або шприц Жане з катетером, змащують кінець балона (катетер) вазеліновим маслом, випускають з нього повітря і вводять у пряму кишку. Обережно стискають балон, щоб не подразнювалася слизова оболонка кишки. Відтак пацієнт має спокійно лежати, щоб не було позивів до дефекації.

Об'єм поживної клізми має становити до 200 мл за 1 раз. Перевагу слід віддати краплинній поживній клізмі, адже рідина, що надходить у пряму кишку краплями, краще всмоктується. Не розтягує кишки і не підвищує внутрішньочеревний тиск. Не спричинює надмірну перистальтику кишок, не перешкоджає відходженню газів, а також не зумовлює біль.

Для поставлення краплинної клізми беруть штатив, на який підвішують кухню Есмарха або систему для внутрішньовенного введення ліків. Поживні речовини розводять водою або розчином глюкози, підігрівають до потрібної температури. Наконечник змащують вазеліновим маслом і вводять його у пряму кишку.

Слід пам'ятати, що якість поставлення клізми й ефект, який вона дає, залежать від уміння та відповідальності медичної сестри. Спершу слід добре підготувати хворого. Якщо він ходить самостійно, його запрошують у спеціально відведену для поставлення клізм кімнату, вкладають на кушетку і не залишають наодинці до повного спорожнення кишок. Якщо клізму потрібно поставити у палаті, біля ліжка хворого бажано прилаштувати ширму, щоб не травмувати його психіку, або попросити вийти з палати інших пацієнтів, якщо вони самостійно ходять. Після поставлення клізми ділянку відхідника обмивають, насухо витирають, палату провітрюють.

Особливості проведення очисної клізми дітям

1. Підготувати стерильний грушоподібний балон з гумовим наконечником від № 1/2 — до № 9 (мал. 183).
2. Підготувати переварену воду в необхідній кількості (табл. 49). Температура води для дітей раннього віку становить 28—30 °С, для дітей старшого віку — 25—28 °С. При спастичних закрепах температуру води підвищують до 37—38 °С, при атонічних — знижують до 20—22 °С. Для посилення дії клізми на 0,5 л можна додати 1 столову ложку гліцерину або 1/2 — 1 столову ложку олії.

Таблиця 49. Співвідношення кількості розчину віку дитини

Вік	Кількість розчину, мл	Номер балона
Новонароджений	15	1/2
1 міс.	30	1
2—3 міс.	ДобО	2
4—6 міс.	До 90	3
7—8 міс.	До 120	4
9—12 міс.	До 150	5
1—5 років	До 200	6
6—7 років	До 250	7—8
8—9 років	До 300	9
Понад 9 років	500 і більше	Кухоль Есмарха

3. Дитині першого півріччя життя процедуру проводять на сповивальному столі, дитині старшого віку — у клізменій кімнаті. Перед виконанням маніпуляції дитина повинна спорожнити сечовий міхур.
4. Для проведення маніпуляції дитину першого півріччя спиною укладають на стіл і лівою рукою піднімають ніжки догори. Дитину віком понад 6 міс. укладають на лівий бік, спиною до того, хто виконує процедуру, ноги дитини підводять до живота.
5. Обережно вводять наконечник у відхідник на глибину 3—5 см, у напрямку спочатку паралельно пупку, а після проходження внутрішнього та зовнішнього сфінктерів (м'язів-замикачів) — паралельно куприку.

Застереження! Що повільніше стискувати грушу, то менше завдається неспокою дитині і довше вода затримається у прямій кишці.

Відтак оцінюють ефективність клізми, переконуються, що виділення містять калові маси.

Перелік практичних навичок

1. Допомога при блюванні.
2. Подавання судна пацієнтові.
3. Застосування газовідвідної трубки.
4. Поставлення очисної та проносної клізм.
5. Поставлення олійної та гіпертонічної клізм.
6. Поставлення сифонної клізми.
7. Поставлення лікувальної клізми (мікроклізми).
8. Навчання пацієнта догляду за колостоною (стоною).

Допомога при блюванні

Мета: надання невідкладної допомоги, профілактика потраплення блювотних мас у дихальні шляхи.

Підготувати: рушник, ниркоподібний лоток, таз, електровідсмоктувач, грушоподібний балон, клейончастий фартух, 2 % розчин натрію гідрокарбонату, переварену воду, серветки, тампони.

Послідовність дій

1. Якщо пацієнт притомний:

- а) надати йому положення сидячи (якщо це можливо), груди прикрити фартухом, дати рушник або серветку, до ніг поставити таз, повідомити лікаря;
- б) під час блювання підтримувати голову, поклавши долоню йому на лоб;
- в) після блювання дати прополоскати рот водою або 2 % розчином гідрокарбонату натрію, витерти обличчя серветкою;
- г) блювотні маси залишити до приходу лікаря.

2. Якщо пацієнт ослаблений або непритомний:

- а) повернути його набік; якщо неможливо змінити положення, повернути голову набік для запобігання аспірації блювотних мас, забрати подушку;
- б) вийняти зубні протези;
- в) шию і груди накрити клейонкою або рушником, підставити до рота пацієнта ниркоподібний лоток;
- г) за потреби відсмоктати блювотні маси з ротової порожнини та носа за допомогою електровідсмоктувача або грушоподібного балона;
- г) після кожного акту блювання обробити ротову порожнину водою або 2 % розчином натрію гідрокарбонату.

Примітка: надаючи допомогу при блюванні, медична сестра не повинна залишати пацієнта без нагляду. При блюванні "кавовою гущею" терміново повідомити лікаря.

Подавання судна пацієнтові

Мета: догляд за тяжкохворими.

Підготувати: судно, клейонку, пелюшку, корнцанг, тампони, теплий 0,1 % розчин калію перманганату. *Послідовність дій*

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
3. Отримати згоду пацієнта на виконання процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Відгородити пацієнта ширмою від оточуючих.
6. Сполоснути судно теплою водою, залишивши в ньому трохи води.
7. Ліву руку підвести під крижі, допомагаючи пацієнтові підняти сідниці (мал. 184).

687

8. Правою рукою підвести клейонку і судно під сідниці, поклавши між судном і сідницями пелюшку.
9. Прикрити пацієнта ковдрою, залишити самого (за можливості).
10. Підняти пацієнта, підвівши руку під крижі, і дістати судно.
11. Накрити судно кришкою і винести в туалет.
12. Вилити вміст судна в унітаз, промити судно гарячою водою з мийним порошком.
13. Дезінфікувати в 3 % розчині хлораміну протягом 1 год, промити під проточною водою.

14. Пацієнта підмити, просушити промежину, прибрати клейонку.

Застосування газовідвідної трубки

Мета: виведення газів із кишок.

Показання: метеоризм.

Підготувати: стерильну газовідвідну трубку (в упаковці), вазелін, шпатель, судно (якщо процедуру виконують у ліжку), туалетний папір, рукавички, ширму (якщо процедуру виконують у багатомісній палаті).

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
3. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.
4. Підготувати оснащення.
5. Відгородити пацієнта ширмою від оточуючих.
6. Надіти рукавички.
7. Запропонувати або допомогти пацієнтові лягти на лівий бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами (якщо пацієнту протипоказане положення на лівому боці, газовідвідну трубку ставлять у положенні пацієнта лежачи на спині із зігнутими в колінах і розведеними ногами).
8. Покласти під сідниці пацієнта клейонку, а на неї пелюшку.

688

9. Поставити на пелюшку поруч із пацієнтом судно із невеликою кількістю води (у деяких випадках пацієнт може ходити із введеною газовідвідною трубкою).

10. За допомогою шпателя взяти невелику кількість вазеліну і змастити ним закруглений кінець трубки на 20—30 см (мал. 185, я).

11. Перегнути трубку, затиснути її вільний кінець між IV і V пальцями правої руки, закруглений кінець взяти як ручку (мал. 185, б).

12. Розсунути сідниці I і II пальцями лівої руки, правою рукою ввести газовідвідну трубку в пряму кишку на глибину 20—30 см (мал. 185, в).

13. Опустити вільний кінець трубки в судно (тривалість процедури визначає лікар) або пелюшку (простирадло), згорнуте у четверо (мал. 185, г).

14. Зняти рукавички. Вимити і висушити руки.

15. Надягти рукавички, витягти трубку і покласти її в судно. Обтерти відхідник пацієнта туалетним папером у напрямку спереду назад (у жінок).

16. Прибрати клейонку і пелюшку, зняти рукавички, вимити і висушити руки.

Поставлення очисної та проносної клізм

Мета: очищення кишок; лікувальна, діагностична.

Показання: закрепи, підготовка до рентгенологічного дослідження, до операції, пологів, при отруєннях.

Протипоказання: захворювання прямої кишки, шлунково-кишкові кровотечі.

Підготувати: кухоль Есмарха (див. мал. 182) з гумовою трубкою завдовжки 1,5 м, наконечник, вазелін, клейонку, судно, 1,5 л перевареної води кімнатної температури.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і відрекомендуватися.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
3. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури, надягти рукавички.
4. У кухоль Есмарха налити 1—1,5 л води, підвісити його на штативі.
5. Відкрити вентиль на гумовій трубці і випустити повітря, закрити вентиль.

689

6. Наконечник змастити вазеліном.
7. Вкласти пацієнта на топчан, вкритий клейонкою, на лівий бік із зігнутими в колінах і підведеними до живота ногами.
8. Лівою рукою розвести сідниці, а правою обережно ввести наконечник на 8—10 см, спочатку догори у напрямку до пупка, потім паралельно до куприка.
9. Відкрити вентиль, пацієнта попросити глибоко дихати животом, вода при цьому надходить у кишки.
10. Коли води в кухлі залишиться небагато, вентиль закрити, наконечник обережно витягти.
11. Пацієнт лежить на спині 10 хв, утримуючи воду, потім спорожнює кишки.
12. Наконечник занурити в 3 % розчин хлораміну на 1 год, потім промити проточною водою з милом, простерилізувати.

Поставлення олійної та гіпертонічної клізм

Мета: очищення кишок, посилення перистальтики.

Показання: закрепи, якщо очисні клізми протипоказані.

Протипоказання: для гіпертонічної клізми — тріщини відхідника, запалення, виразки товстої кишки.

Підготувати: шприц Жане або грушоподібний балон, газовідвідну трубку, вазелін, олію — 100—200 мл (за температури 38 °С), або гіпертонічний розчин натрію хлориду (10 %), або 20—30 % розчин магнію сульфату 50—100 мл (за температури 38 °С), серветки.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і назватися йому.
2. Пояснити хід і суть процедури.
3. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.
4. Надягти рукавички.
5. Попередити пацієнта про те, що після олійної клізми він не має вставати до ранку, оскільки ефект після клізми настає за 10—12 год. Якщо поставили гіпертонічну клізму, пацієнт має затримувати розчин у кишках 20—30 хв.
6. Набрати в шприц чи балон олію або гіпертонічний розчин.
7. Змастити газовідвідну трубку вазеліном.
8. Укласти пацієнта на лівий бік із зігнутими і підведеними до живота ногами.
9. Розсунувши сідниці, увести газовідвідну трубку в пряму кишку на 15-20 см.
10. Випустити повітря зі шприца або балона.
11. Приєднати шприц (балон) до трубки і повільно ввести набраний розчин.
12. Витягти газовідвідну трубку і занурити її в дезінфекційний розчин на 1 год, потім промити з милом, простерилізувати.

690

Поставлення сифонної клізми

Мета: багаторазове промивання кишок з лікувальною або діагностичною метою.

Показання: відсутність ефекту від очисної та проносних клізм, отруєння, кишкова непрохідність.

Протипоказання: такі самі, як для очисної клізми.

Підготувати: 2 товстих зонди, з'єднаних скляною трубкою, склянку, лійку на 1 л, 10—12 л перевареної води кімнатної температури, кухоль, відро, клейонку, вазелін, фартух, рукавички.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і назватися йому.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.
3. Надягти рукавички.
4. Підготувати оснащення.

5. Укласти пацієнта на лівий бік на топчан, укритий клейонкою, запропонувати зігнути ноги в колінах, підвести до живота.
6. Сліпий кінець зонда змастити вазеліном на 30—40 см.
7. Розсунувши сідниці, увести сліпий кінець зонда в кишки на глибину 30—40 см, приєднати лійку.
8. Наповнити лійку водою, тримаючи її на рівні топчана в дещо нахиленому положенні (мал. 186, а).
9. Підняти лійку з водою на 1 м, вода при цьому надходить у кишки (мал. 186, б).
10. Коли вода досягне вічка лійки, лійку повільно опустити в початкове положення; промивні води зливають у відро (мал. 186, в).

691

11. Промивання кишок слід проводити до чистих промивних вод, аналогічно промиванню шлунка.
12. Зняти лійку; опустити кінець зонда на 10 хв у таз.
13. Повільно витягти зонд із кишок.
14. Лійку, зонди продезінфікувати в 3 % розчині хлораміну — 1 год, промити під проточною водою з милом, простерилізувати.
15. Зберігати в стерильному вигляді в спеціально відведеному посуді.

Поставлення лікувальної клізми (мікроклізми)

Мета: місцевий та загальний вплив лікарських речовин на організм.

Показання: протипоказання або неможливість приймання ліків через рот, запалення товстої кишки, судоми, різке збудження.

Підготувати: газовідвідну трубку або катетер, шприц Жане або гумовий балон на 50—100 мл, вазелін, лікувальну речовину — 50—100 мл, підігріту до температури 38—40 °С.

Послідовність дій

1. Люб'язно привітатися з пацієнтом і назватися йому.
2. Пояснити пацієнту хід і суть процедури.
3. Отримати згоду пацієнта на проведення процедури.
4. Надягти рукавички.
5. За 30 хв перед мікроклізмою виконати очисну клізму.
6. Укласти пацієнта на лівий бік.
7. Газовідвідну трубку або катетер змастити вазеліном і ввести у відхідник на 20—30 хв.
8. Набрати ліки в шприц Жане або балон, випустити повітря, приєднати до трубки і повільно ввести лікувальну речовину.
9. Підтримуючи і стискаючи верхній кінець трубки, обережно зняти шприц (балон).
10. Після наповнення шприца (балона) повітрям знову приєднати до трубки і ввести повітря для утворення повітряної пробки.
11. Витягти газовідвідну трубку або катетер.
12. Після клізми пацієнт має лежати не менше 1 год.

Примітка: щоб не спричинити подразнення кишок, лікарський засіб розводять теплим ізотонічним розчином натрію хлориду або вводять із обволі-кальною речовиною (50 мл відвару крохмалю).

Можливі проблеми пацієнта

Фізіологічні	Психологічні	Соціальні
Неможливість самостійної дефекації	Дискомфорт при спілкуванні з чужими людьми	Соціальна дезадаптація

692

Твердий кал	Помилковий сором	Недостатня (занадто велика) увага сім'ї
Метеоризм	Недовіра, страх перед втручанням	Опіка сім'ї
Біль у животі	Нестача знань	Нестача догляду
Тріщини відхідника	Нестача уваги	Мовний бар'єр
Шлунково-кишкова кровотеча	Відмова від втручання	Неблагополучна сім'я

Приклад розв'язання ситуаційних задач

1. Пацієнт В., 60 років, із виразковою хворобою шлунка, скаржиться на часте блювання. Медична сестра має діяти за чітко визначеним планом.

План догляду пацієнта з нудотою і блюванням

Проблема	Мета	Сестринські втручання
(д) Нудота і (або) блювання	1. Нудоти не буде.	1. Подбати, щоб у пацієнта були пакети (лоток, таз) для блювотних мас, рушник (серветка) та рідина для полоскання рота. 2. Спостерігати за кількістю, кольором і характером блювотних мас. 3. За будь-яких обставин створювати для пацієнта атмосферу усамітнення та підтримувати його гідність. 4. Забезпечити робочу готовність пристосування для відсмоктування блювотних мас на випадок асфіксії в пацієнта. 5. Запобігати зневодненню організму. 6. Давати пацієнтові протиблювотні лікарські засоби за призначенням лікаря. 7. Зменшити освітлення, шум, відрегулювати температуру повітря. 8. Простежити за тим, щоб споживання їжі через рот було обмеженим доти, доки не буде встановлено причину блювання. 9. За будь-яких обставин надавати пацієнтові вичерпні пояснення щодо його стану та, якщо знадобиться, залишатися поруч з пацієнтом, щоб надати йому підтримку та заспокоїти його
	2. Блювання не буде	

2. При проведенні патронажу вдома пацієнта Я., 78 років, із пухлиною шлунка, медична сестра виявила, що родичі не володіють достатніми навичками догляду за пацієнтом під час нудоти і блювання.

Медична сестра склала план навчання членів родини пацієнта.

693

План навчання членів родини пацієнта з нудотою і блюванням

Проблема	Мета	Сестринські втручання
(д) Члени родини не володіють достатніми навичками догляду за	Члени родини оволодіють необхідними навичками догляду за	1. Дати необхідні рекомендації у вигляді друкованих видань (буклети, пам'ятки тощо).

пацієнтом під час нудоти та блювання	пацієнтом під час нудоти та блювання	<p>2. Навчати родичів пацієнта необхідних навичок доступними для них темпами.</p> <p>3. Рекомендувати під час надання допомоги:</p> <p>а) подбати, щоб у пацієнта був лоток (таз) для блювотних мас, рушник, рідина для полоскання рота;</p> <p>б) спостерігати за кількістю, кольором та характером блювотних мас;</p> <p>в) підтримувати атмосферу усамітнення пацієнта;</p> <p>г) у разі необхідності використовувати пристосування для відсмоктування блювотних мас;</p> <p>г) запобігати зневодненню;</p> <p>д) давати пацієнту протиблювотні лікарські засоби за призначенням лікаря.</p> <p>4. Дати можливість родичам пацієнта висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання.</p> <p>5. Надати вичерпні відповіді на усі запитання родичів пацієнта.</p> <p>6. Рекомендувати та заохочувати участь у догляді самого пацієнта (самодогляді) за його згодою</p>
---	---	--

3. Пацієнт В. із захворюванням кишок відзначає порушення випорожнень: то закрєп, то пронос. Медична сестра має діяти згідно зі складеним планом догляду.

План догляду за пацієнтом із порушенням функції кишок

Проблема	Мета	Сестринські втручання
У пацієнта В. порушення випорожнень (д)	Випорожнення буде звичним для пацієнта В.	1. Скласти план навчання пацієнта з порушенням функції кишок (із закрєпами).
		2. Щоденно з пацієнтом вести реєстрацію даних про спорожнення кишок.

694

		<p>3. Стежити за перистальтикою кишок і метеоризмом. 4. Рекомендувати пацієнтові вживати якомога більше рідини та по можливості більше рухатися. 5. Якщо в пацієнта закрєп, рекомендувати дієту, що містить достатню кількість клітковини. 6. Якщо в пацієнта пронос, фіксувати частоту та характер випорожнень, рекомендувати дієту, що не містить клітковину. 7. Інформувати лікаря про характер випорожнень пацієнта. 8. Консультація дієтолога (за потреби)</p>
--	--	---

План навчання пацієнта із закрєпами

Проблема	Мета	Сестринські втручання
Пацієнт В.	Пацієнт оволодіє	1. Дати необхідні рекомендації у вигляді

не володіє достатніми навичками профілактики закрепу (д)	необхідними навичками профілактики закрепу	друкованих видань (буклети, пам'ятки тощо). 2. Навчити пацієнта необхідним навичкам доступними для нього темпами. 3. Звернути увагу на: а) дотримання регулярності спорожнювання кишок; б) створення інтимності під час спорожнювання (ширма, зачинені двері, дезодорування повітря, увімкнені радіо або телевізор для маскування кишкових звуків); в) уживання якомога більше рідини (у тому числі склянка води за 30 хв до сніданку); г) дотримувати дієти, багаті на клітковину (дієта №3); г) достатньо рухатися (у межах своїх можливостей) 4. Надати змогу пацієнтові висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання. Дати вичерпні відповіді на всі запитання пацієнта. 5. Рекомендувати та заохочувати участь у догляді за пацієнтом членів його родини (за згодою пацієнта). 6. Щоденно реєструвати дані про спорожнення кишок
--	--	---

695

Навчання пацієнта догляду за колостою (стоєю)

Мета: здійснювати догляд вдома без сторонньої допомоги.

Підготувати: стерильні гумові рукавички, пінцети — 3—4 шт., ножиці, лоток, вазелінове масло, перев'язувальний матеріал, 0,5 % розчин калію перманганату, шпатель, пасту Лассара, калоприймач; нестерильні: ємність із мильним розчином (1—1,5 л); лоток для відпрацьованого перев'язувального матеріалу, клейонка, ємність із дезінфекційним розчином (3 % розчин хлораміну).

Обов'язкова умова: пацієнт психологічно і фізично здатний здійснювати самогляд.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту мету оброблення колостоми. Надати письмові рекомендації (письмові рекомендації додадуть упевненості у собі).
2. Навчити самогляду доступними для пацієнта темпами, дотримуючи конфіденційності і виявляючи тактовність.
3. Дати пацієнтові можливість розповісти про свої страхи, занепокоєння (боїться смерті, майбутнього відчуття болю, відрази до себе; турбують відсутність контролю над нормальною роботою кишок, можливі виділення і неприємний запах).
4. Дати щирі відповіді на запитання, пов'язані з нестачею знань (нерідко пацієнти не знають, чи можна приймати ванну або душ, нормально харчуватися, вести статеве життя).
5. Рекомендувати й заохочувати участь у догляді турботливих членів родини (за умови згоди пацієнта).
6. Вести облік виділених калових мас (за призначенням лікаря).

7. Навчити пацієнта техніці оброблення колостоми з дотриманням правил асептики:
- вимити руки, надягти рукавички;
 - підкласти під бік з боку стоми клейонку;
 - зняти бинти, пов'язку для дезінфекції.
8. За наявності калоприймача:
- відокремити використаний калоприймач, починаючи з верхньої частини, скласти у пакет (за умови згоди пацієнта навчання проводити в присутності членів родини. Намагайтеся не тягти шкіру);
 - обмити шкіру під стомою, забруднену каловими масами, використовуючи пінцет, марлеві кульки і мильний розчин;
 - висушити шкіру сухою марлевою кулькою;
 - замінити пінцет;
 - обробити шкіру навколо стоми слабким розчином калію перманганату, використовуючи стерильний пінцет і перев'язувальний матеріал;
 - висушити шкіру навколо стоми;
 - переконатися, що розмір стоми та її форма не змінилися.
9. Приклеїти до стоми чистий калоприймач, користуючись інструкціями виробника (слід знати розмір стоми).

696

10. При мацерації шкіри необхідно відкласти використання калоприймача і вжити таких заходів:
- нанести за допомогою стерильного шпателя густий шар підігрітої пасти Лассара на стерильні серветки (паста Лассара захищає шкіру від подразнення і запалення при дотику з каловими масами);
 - накласти серветки з маззю на шкіру навколо колостоми (періодично треба очищувати пасту зі шкіри навколо нориці й обробляти 3 % розчином перекису водню й 70 % розчином етилового спирту);
 - просякнути серветку більшого розміру стерильним вазеліновим маслом і накласти на виступальну слизову оболонку стоми (профілактика висихання зовнішньої поверхні слизової оболонки кишок);
 - зафіксувати зверху серветками меншого розміру, потім великою серветкою, складеною шарами, відтак зміцнити пов'язку бинтом (запобігання зсуву стерильних серветок зі стоми);
 - змінювати пов'язку щоразу після їди.
11. Помістити застосований перев'язувальний матеріал, інструментарій в ємність для використаного матеріалу з дезінфекційним розчином (інфекційна безпека).
12. Прибрати клейонку, зняти рукавички і покласти в ємність із дезінфекційним розчином (інфекційна безпека).

СПОСТЕРІГАННЯ І ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ СЕЧОВИХ ОРГАНІВ. КАТЕТЕРИЗАЦІЯ СЕЧОВОГО МІХУРА

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- мету катетеризації сечового міхура, протипоказання та можливі ускладнення;
- види катетерів;
- види знімних сечоприймачів;

— можливі проблеми пацієнта, наприклад страх розриву сечового міхура. Сестринські втручання.

Уміти:

— навчити пацієнта та його родину застосовувати знімні сечоприймачі. Володіти навичками: — проведення катетеризації міхура м'яким катетером у жінок (на фантомі). Сечові органи (нирки, сечоводи, сечовий міхур, сечівник) виконують функцію виведення з організму сечі, тобто надлишку води і розчинених у ній продуктів обміну речовин.

При захворюваннях нирок їхня функція часто порушується, унаслідок чого продукти обміну речовин (метаболіти) накопичуються в крові, що може призвести до серйозних розладів в організмі. Захворювання сечової системи проявляються й іншими численними порушеннями. Головними ознаками захворювань нирок і сечовивідних шляхів є біль, розлад сечовипускання, зміна кількості та якості виділеної сечі.

Біль, пов'язаний із захворюванням нирок або сечоводів, локалізується в ділянці попереку й іррадіює в ділянку статевих органів, внутрішню поверхню стегон.

При захворюваннях сечового міхура біль локалізується внизу живота, за лобком та в ділянці крижів.

Біль у сечівнику виникає при його запаленні, має ріжучий характер і посилюється при сечовипусканні.

Найчастішим і яскравішим проявом низки захворювань нирок і сечоводів є **ниркова колька** — синдром, який характеризується раптовим переймоподібним болем у ділянці попереку з іррадіацією вниз по ходу сечоводу, у пахвинну ділянку, зовнішні статеві органи, стегно, що зумовлено проходженням каменю по сечоводу.

Невідкладна допомога при нирковій кольці полягає у забезпеченні хворому повного фізичного та психічного спокою, призначенні теплових процедур (гаряча грілка на попереку та ділянку підребер'я, гаряча ванна з водою темпе-

700

ратури 40 °С), які сприяють розслабленню сечоводу, спастично скороченого через камінь у його просвіті.

Треба пам'ятати, що гаряча ванна протипоказана хворим похилого і старечого віку, а також із серцево-судинною недостатністю.

Спостереження і догляд за хворими з нетриманням сечі

Нетримання сечі може виникнути при ушкодженні або порушенні тону м'яза — замикача сечового міхура, вадах розвитку сечового міхура та сечівника, захворюваннях центральної нервової системи, а також у виснажених хворих.

Сеча, яка накопичується в сечовому міхурі, час від часу витікає мимовільно, іноді у вигляді крапель, а іноді у значній кількості, причому хворі не в змозі регулювати акт сечовипускання.

До хворих із нетриманням сечі треба ставитися особливо уважно, бо в них дуже швидко можуть утворитися пролежні. При догляді за хворими, прикутими до ліжка, слід використовувати памперси, гумові підкладні судна, сечоприймачі, які регулярно необхідно спорожнювати. Декілька разів на день хворого підмивають і насухо витирають йому промежину, за необхідності замінюють постільну та натільну білизну. Хворі, які самостійно ходять, повинні застосовувати знімні сечоприймачі.

Види знімних сечоприймачів

Для пацієнтів із нетриманням сечі існують особливі сечоприймачі, виготовлені з еластичного матеріалу, що легко миється, гуми, полімерних матеріалів — нейлону, капрону.

Знімний сечоприймач — це катетер, що складається з подібної до презерватива оболонки, яка закриває зовні статевий член (мал. 187). Катетер з'єднується з трубкою, по якій сеча надходить у дренажний мішок. Дренажний мішок кріпиться на стегні, або на гомілці, або на

рамі ліжка тяжкохворого, їх періодично спорожняють, ретельно миють і знову прикріплюють.

Нині замість постійного сечоприймача при нетриманні сечі можна використовувати памперси для дорослих, вони надійні і комфортні незалежно від ступеня насичення рідиною завдяки наявності ан-тифікальних бар'єрів. Вбиральні прокладки, внутрішня поверхня яких виготовлена з гідрофобного ніжного матеріалу, не подразнюють шкіру.

Щоб у палаті, де перебувають такі хворі, не було запаху сечі, сечоприймачі ретельно миють та дезінфікують (після спорожнення занурюють у 0,5 % освітлений розчин хлорного вапна або 1 %

розчин хлораміну на 1 год); палату часто провітрюють, регулярно здійснюють вологе прибирання. Для таких хворих завжди має бути запасний комплект білизни.

Спостереження і догляд за хворими із затримкою сечовивипускання

Затримка сечі (ішурія) полягає в неспроможності пацієнта самостійно спорожнити сечовий міхур. Головною метою долікарської допомоги таким пацієнтам має бути спорожнення сечового міхура.

Затримка сечовивипускання може виникнути внаслідок збільшення передміхурової залози або закупорення каменем чи пухлиною сечоводів. Тривала затримка сечі призводить до переповнення сечового міхура. У цьому разі його спорожняють за допомогою катетера (мал. 188). Але молодший медичний персонал використовує тільки гумовий (мал. 188, і).

Залежно від причини гострої затримки сечі застосовують ті чи інші заходи її усунення.

Якщо дані анамнезу та вік пацієнта дають підставу для припущення, що причиною затримки сечі є аденома простати, то невідкладну допомогу слід

702

розпочинати із уведення в сечовий міхур гумового катетера, краще зі звуженим і дзьобоподібним кінцем (катетер Тіманна; мал. 189, 3).

При різкому переповненні сечового міхура (накопичення в ньому понад 1 л сечі) його спорожняють поступово, аби запобігти швидкій зміні тиску в його порожнині. Адже це може призвести до різкого наповнення кров'ю розширених та склеротично змінених вен сечового міхура, їх розриву та кровотечі. Спорожнення сечового міхура в такому разі проводять окремими порціями (по 300—400 мл), у проміжках перетискуючи катетер на 2—3 хв.

Якщо після катетеризації виникла кровотеча із сечівника, для її спинення рекомендують увести в нього товстий гумовий катетер (№ 22) і залишити його там на декілька годин. Якщо це не допомагає, накласти стисну пов'язку на промежину (тугий валик з вати та марлі), міхур з льодом на цю ділянку.

Якщо тонкий катетер уводиться важко, то після спорожнення сечового міхура його краще не вийма-

ти, тому що наступна катетеризація може не дати ефект.

Постійний катетер прикріплюють до статевого члена лейкопластиром або товстою шовковою ниткою. Перед цим статеви член обгортають марлею, зверху її обв'язують ниткою, яку фіксують на катетері.

Якщо затримка сечі виникла у післяпологовий (у жінок) або післяопераційний період, при порушенні нервової регуляції функції сечового міхура внаслідок захворювань або ушкодження нервової системи, для спорожнення сечового міхура вживають один із таких заходів:

1. На ділянку сечового міхура або промежину пацієнта покласти грілку.

2. Змінити положення тіла пацієнта з огляду на його стан, це може сприяти рефлексу сечовипускання.
 3. Іноді сечовипусканню можна рефлекторно сприяти подразненням слуху хворого звуком води, яка ллється. Для цього часом досить помити руки біля пацієнта або відкрити водопровідний кран.
 4. У чоловіків сечовипусканню можна сприяти, опустивши статевий член у теплу воду, а в жінок рефлекс часто виникає при вливанні 100 мл теплої води в пряму кишку. Якщо анамнез (гостра затримка сечовипускання після нападу ниркової кольки) вказує на закупорення сечівника каменем, можна застосувати гарячу ванну для усунення спазму сечівника біля каменя.
- З метою профілактики пролежнів, які часто виникають, зокрема при нирковій недостатності, пацієнтів часто перевертають у ліжку, щоденно перемінують їм натільну і постільну білизну, шкіру протирають дезінфекційними розчинами. Для забезпечення сечовипускання і каловиділення у тяжкохворих застосовують гумове підкладне судно, сечо- або калоприймач.
- 703**

Медичний персонал має стежити за особливостями сечовипускання. При раптовому істотному зменшенні або збільшенні кількості сечі, за появи незвичайного її забарвлення (кольору м'ясних помийів, крові, пива) необхідно терміново повідомити лікаря.

Катетеризацію сечового міхура здійснюють з метою виведення з нього сечі, промивання сечового міхура, уведення лікарської речовини або одержання сечі для дослідження.

Існують різні види катетерів (мал. 189), які використовують в урології:

— *катетери багаторазового й одноразового використання*. Багаторазові катетери — з гуми і металу, одноразові — з полімерних матеріалів, різних номерів, просвітом різного діаметра;

— *катетер Нелатона* — гумова трубка однакового діаметра (від 1/3 до 10 мм — № 1—30) на всьому протязі, завдовжки 25 см із заокругленим сліпим кінцем, має один отвір (збоку).

Для дорослих частіше використовують № 14—18. Може бути використаний навченим пацієнтом для самокатетеризації;

— *катетер Тімманна* — зі звуженим і дзьобоподібним кінцем, використовується за наявності перешкоди по ходу сечівника, при наданні допомоги пацієнтам з аденомою передміхурової залози, при затримці сечовипускання;

— *головчастий гумовий катетер Пеццера* — самофіксуючий; використовується для епіцистостомії;

— *гумовий катетер Фолея* з надувним гумовим балончиком 2-ходовий (має вхід для роздуття балончика, канал для відтоку сечі) або 3-ходовий (має вхід для роздуття балончика, канал для відтоку сечі та канал для підключення промивної системи сечового міхура); використовують для довготривалого дренивання сечового міхура.

Перед процедурою медичний працівник перевіряє стан катетера. Іноді внаслідок багаторазового використання катетер втрачає еластичність і пружність, уведення його в сечовий міхур стає утрудненим. Такий катетер слід замінити.

Для катетеризації сечового міхура жінок застосовують короткий катетер завдовжки 15 см.

Для катетеризації сечового міхура чоловіків використовують катетери завдовжки 25 см. Слід пам'ятати, що вводити катетер чоловіку значно важче, ніж жінці, адже сечівник у чоловіків має довжину 22—25 см і утворює два фізіологічних звуження, які перешкоджають проходженню катетера.

Насильне введення катетера неприпустиме. Коли катетер досягне сечового міхура, з нього починає витікати сеча. Якщо сеча не виводиться, необхідно перевірити катетер на згортання.

Перевірка проходження катетера при введенні його в сечовий міхур. Для цього необхідно приготувати 2 шприци ємкістю 20 мл, розчин фурациліну 1:5000 50 мл, стерильну ємність для розчину.

1. Набрати в шприц розчин фурациліну в кількості 10—15 мл.
2. Приєднати шприц до зовнішнього кінця катетера, уведеного в сечівник.
3. Увести розчин фурациліну в сечовий міхур: при анурії розчин у сечовий міхур надходить вільно, при згортанні катетера розчин виливається між катетером і стінкою сечівника, при обтурації катетера ввести в нього рідину неможливо.
4. Видалити катетер при анурії.
5. Відтягнути і знову ввести катетер у сечівник — при згортанні катетера.
6. Приготувати стерильний шприц при обтурації катетера і спробувати відсмоктати те, що закрито просвіт катетера; якщо це не допомагає — змінити катетер.

Промивання сечового міхура (інстиляцію) проводять для механічного видалення з нього піску і дрібних каменів, гною і продуктів розпаду тканин та введення лікарських препаратів при запальних процесах у сечовому міхурі, а також перед ендоскопічними дослідженнями сечових органів. Попередньо визначають об'єм сечового міхура, вимірюючи кількість сечі, яка виділяється за одне сечовипускання. Кількість необхідної рідини для промивання міхура не має перевищувати об'єму сечового міхура. Для промивання сечового міхура застосовують кухоль Есмарха, який з'єднують гумовою трубкою з катетером Фолея 2- або 3-ходовим (мал. 190, 191). Кухоль Есмарха з теплим розчином підвішують на штативі на висоті 1—1,5 м від рівня тіла хворого. Хворий лежить на спині із зігнутими в колінах ногами, розведеними стегнами і трохи піднятим тазом. Після туалету зовнішніх статевих органів через сечівник вводять гумовий катетер, випускають сечу, зовнішній кінець катетера з'єднують з трубкою. Рідину для промивання вводять у кількості, що менша від об'єму сечового міхура. Потім рідину випускають, знову вводять і випускають і так до появи прозорої рідини. Закінчують промивання введенням у сечовий міхур рідини в кількості, що відповідає половині об'єму міхура. Після цього катетер видаляють, а хворому рекомендують полежати протягом 30—60 хв.

При запаленні сечового міхура промивання проводять невеликими порціями — по 20—30 мл. Для цього зручніше користуватися шприцом Жане, який приєднують до зовнішнього кінця катетера. Після введення антисептичного

705

розчину шприц від'єднують, рідина виливається із сечового міхура в судно. Процедуру повторюють доти, доки промивна вода не буде чистою. Після промивання по катетеру у сечовий міхур вводять 15—20 мл 2 % розчину коларголу, 30 мл 1—5 % синтоміцинової емульсії або інші ліки (за призначенням лікаря), після чого катетер плавним, але швидким рухом видаляють. Хворому радять по можливості не спорожнювати сечовий міхур якнайдовше. Після промивання хворий повинен щонайменше півгодини перебувати на ліжковому режимі. Промивають сечовий міхур щодня або через день, у середньому на курс лікування потрібно 12—14 промивань.

Після катетеризації сечового міхура можливі такі ускладнення: кровотеча, яка виникає внаслідок ушкодження слизової оболонки сечівника; інфікування сечівника внаслідок недотримання правил асептики; уретральна гарячка, яка пояснюється швидким усмоктуванням у кров'яне русло сечі, особливо інфікованої, через ушкоджені ділянки слизової оболонки сечівника.

Таким чином, виділення продуктів життєдіяльності людини у вигляді сечі і калу є природним і нормальним процесом.

Одним з обов'язків спеціаліста з догляду є надання допомоги пацієнтам у щоденному виділенні продуктів життєдіяльності, зберігаючи при цьому повагу до пацієнтів/підопічних, забезпечуючи обстановку усамітненості.

Нормальний процес виділення продуктів життєдіяльності є неоднаковим у різних людей, тому треба вивчити режим виділення своїх пацієнтів/підопічних.

Будь-які зміни в режимі виділення продуктів життєдіяльності мають важливе значення для пацієнтів/підопічних і вимагають змін у догляді.

Допомога пацієнтам/підопічним зі специфічними проблемами із сечовипусканням

Фактори, що сприяють розвитку інфекції сечових органів

- Недостатній об'єм рідини, що виливається.
- Неповне спорожнювання сечового міхура.
- Недостатній догляд за промежиною підопічного чи за сечовим катетером.

706

Доглядаючи за пацієнтом з неконтрольованою функцією сечового міхура, необхідно бути уважним у зв'язку з можливою появою ознак інфекції сечовивідних шляхів.

Щоб запобігти виникненню в пацієнтів інфекції сечовивідних шляхів:

- пропонуйте багато пити;
- давайте пацієнту достатньо часу для повного спорожнювання сечового міхура;
- при догляді за промежиною промивайте її завжди в напрямку спереду назад;
- якщо в пацієнта нетримання сечі, частіше змінюйте йому памперси. **Сечовий катетер**

використовують, якщо в пацієнта:

- ушкодження головного чи спинного мозку, що настало раптово;
- поранення хребта;
- нетримання сечі і схильність до розвитку пролежнів. **При догляді за пацієнтом із сечовим катетером необхідно:**
- протягом дня давати підопічному багато пити;
- налагодити сечовий дренаж, закріпивши пацієнту/підопічному дренажний мішок нижче рівня сечового міхура;
- стежити за тим, щоб промежина підопічного була чистою і сухою і щоб на шкірі в ділянці промежини не було подразнення.

Перелік практичних навичок

1. Катетеризація сечового міхура чоловіка гумовим катетером Нелатона, катетером Фолея.
2. Катетеризація сечового міхура жінки.
3. Звільнення дренажного мішка від сечі.
4. Догляд за промежиною пацієнта (пацієнтки) із сечовим катетером.
5. Догляд за хворим із нетриманням сечі. Надання допомоги при затримці сечі.

Катетеризація сечового міхура чоловіка гумовим катетером Нелатона, катетером Фолея

Мета: спорожнити сечовий міхур.

Показання: гостра затримка сечі, збирання сечі для дослідження, промивання сечового міхура, уведення лікарських розчинів.

Протипоказання: травматичні ушкодження, гостре запалення сечового міхура і сечівника.

Підготувати: стерильний катетер, рукавички — 2 пари (стерильні та не-стерильні); стерильні серветки (середні — 4 шт., малі — 2 шт.); клейонку, пелюшку, стерильне вазелінове масло, шприц із 10 мл ізотонічного розчину

707

натрію хлориду, антисептичний розчин, посуд для збирання сечі; водонепроникний мішок (мал. 192, а). *Послідовність дій*

1. Пояснити пацієнтові суть і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Підстелити під таз пацієнта клейонку і пелюшку.
3. Допомогти пацієнту набути необхідного для процедури положення: лежачи на спині або напівсидячи з розведеними ногами (мал. 192, б).
4. Надягти рукавички. Провести гігієнічне оброблення зовнішнього вічка сечівника і промежини (мал. 192, в—і). Зняти рукавички і кинути їх у водонепроникний мішок.
5. Надіти стерильні рукавички.
6. Обгорнути статевий член стерильними серветками.
7. Відтягнути передню шкірочку статевого члена (якщо вона є), захопити статевий член збоку лівою рукою (якщо ви правша) і витягнути його на максимальну довжину перпендикулярно до поверхні тіла.
8. Обробити головку статевого члена серветкою (мал. 192, д).
9. Попросити помічника розкрити упаковку з катетером (є). Витягти катетер з упаковки: тримати його на відстані 5—6 см від бічного отвору I та III пальцями правої руки, зовнішній кінець катетера тримати IV—V пальцями (мал. 192, е, ж).
10. Попросити помічника змастити катетер стерильним вазеліновим маслом.

708

11. Просувати катетер у сечівник, прикладаючи невелике рівномірне зусилля, поки катетер не досягне сечового міхура і не з'явиться сеча (мал. 192, з).

Примітка: якщо під час просування катетер наштовхнеться на перешкоду, слід припинити процедуру.

12. Наповнити балон катетера Фолея 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Примітка: якщо сеча не з'явилася, перед наповненням балона спробувати ввести рідину через кате-

тер, щоб переконатися в тому, що він розміщений правильно.

13. Повернути на місце передню шкірочку. З'єднати катетер із посудом для збирання сечі — опустити катетер у сечоприймач (мал. 192, з).

14. Прикріпити трубку катетера Фолея пластиром до стегна.

15. Переконатися, що трубки, які з'єднують катетер Фолея і посуд для збирання сечі, не мають перегинів.

16. Забрати серветку. Зняти рукавички, вимити руки.

17. Записати реакцію пацієнта на процедуру.

Примітка: спорожнення дренажного мішка і догляд за промежиною та постійним катетером здійснювати відповідно до навички "Звільнення дренажного мішка від сечі".

Катетеризація сечового міхура жінки

Мета: спорожнити сечовий міхур, промивати його дезрозчинами.

Показання: гостра затримка сечі, збирання сечі для дослідження, промивання сечового міхура, уведення лікарських розчинів.

Протипоказання: травматичні ушкодження, гостре запалення сечового міхура і сечівника.

Підготувати: стерильний катетер, рукавички — 2 пари (стерильні та не-стерильні); стерильні серветки (середні — 4 шт., малі — 2 шт.), клейонку,

709

пелюшку, стерильне вазелінове масло, шприц із 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, антисептичний розчин, посуд для збирання сечі; водонепроникний мішок. *Послідовність дій*

1. Пояснити пацієнтці суть і хід процедури та отримати згоду на її виконання.

2. Підстелити під таз пацієнтки клейонку і пелюшку.
3. Допомогти пацієнтці набути необхідного для процедури положення: лежачи на спині або напів-сидячи з розведеними ногами.
4. Надягти рукавички. Здійснити гігієнічне оброблення зовнішнього вічка сечівника і промежини. Зняти рукавички і покласти їх у водонепроникний мішок.
5. Надягти стерильні рукавички.
6. Обкласти стерильними серветками отвір піхви.
7. Розвести в боки лівою рукою (якщо ви правша) малі соромітні губи. Правою рукою взяти серветку невеликого розміру, змочену розчином антисептика, і обробити нею вічко сечівника (мал. 193).
8. Попросити помічника розкрити упаковку з катетером. Витягти катетер з упаковки: тримати його на відстані 5—6 см від бічного отвору I та II пальцями правої руки, зовнішній кінець катетера тримати IV—V пальцями.
9. Попросити помічника змастити катетер стерильним вазеліновим Мал_ш_Техніка_увеДе™ жіночого катетера маслом.
10. Увести катетер у вічко сечівника на 10 см або до появи сечі. Техніку введення показано на мал. 194.
11. Якщо сеча припиняє самостійно відходити, можна легко натиснути через черевну стінку на сечовий міхур для видалення з нього залишкової сечі.

710

Потім повільно вивести катетер так, щоб невелика кількість залишкової сечі вийшла після видалення катетера і обмила сечівник.

12. Якщо необхідно провести промивання сечового міхура дезрозчином чи антисептиком або ввести лікарський засіб, то катетер залишають:

- а) набирають у шприц антисептичний розчин: 0,02 % розчин фурациліну або слабкий розчин калію перманганату температури 37—38 °С — 150—200 мл;
- б) приєднують шприц до катетера і вводять розчин у сечовий міхур;
- в) роз'єднують катетер і шприц: уведена рідина виліється із сечового міхура;
- г) у разі потреби промивання повторюють до чистих промивних вод; г) після процедури обережно видаляють катетер.

Звільнення дренажного мішка від сечі

Підготувати: рукавички, мірний посуд для збирання і вимірювання кількості сечі, тампон зі спиртом, посуд для сміття. *Послідовність дій*

1. Надягти рукавички.
2. Помістити мірний посуд під відвідною трубкою дренажного мішка.
3. Звільнити відвідну трубку від тримача; відкрити затискач трубки; злити сечу в мірний посуд.

Примітка: присісти на підлогу навпочіпки, але не нахилитися вперед.

4. Закрити затискач. Протерти кінець відвідної трубки тампоном, змоченим у спирті. Закріпити відвідну трубку в тримачі.

5. Зняти рукавички і покласти їх у посуд для сміття.
6. Переконатися, що трубки, які з'єднують катетер і дренажний мішок, не перегнуті.
7. Доповісти лікарю і (або) зробити запис про кількість сечі, час її вимірювання, колір, запах і прозорість.

Догляд за промежиною пацієнта (пацієнтки) із сечовим катетером

Підготувати: махрові рукавички, рушник, гумові рукавички, клейонку і пелюшку, посуд для води, марлеві тампони, водонепроникний мішок. *Послідовність дій*

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на виконання, забезпечити письмовою інформацією, за наявності труднощів у навчанні.

2. Розповісти пацієнтові правила догляду за катетером і сечоприймачем (дренажним мішком), промежиною. У план навчання включити:
 - обладнання системи "катетер — дренажний мішок";
 - питання особистої гігієни, дотримання асептики;
 - видалення сечі й очищення сечоприймача;
 - поради щодо дотримання питного режиму та дієти.
3. Надягти рукавички. Підкласти під пацієнта клейонку і пелюшку.
4. Опустити головний кінець ліжка.

711

5. Попросити пацієнта (допомогти йому, якщо необхідно) набути потрібного положення: на спині із зігнутими в колінах і розведеними ногами.
 6. Вимити статеві органи і промежину за прийнятою методикою (у жінок — спереду назад).
 7. Вимити марлевими тампонами, а потім висушити 10 см катетера, починаючи з того місця, де він виходить із сечівника.
 8. Оглянути ділянку сечівника навколо катетера: переконатися, що сеча не підтікає. Якщо відбувається підтікання сечі повз катетер, перевірте, чи не утворювалися сечові камені всередині катетера. Повідомити лікаря, якщо дренаж закупорився. Замінити катетер.
 9. Оглянути шкіру промежини на наявність інфекції (гіперемія, набряк, мацерація шкіри, гнійні виділення). Повідомити лікаря про появу ознак інфекції.
 10. Переконатися, що відбувається дренивання (відтікання) сечі із сечового міхура системою "катетер — дренажний мішок". Перевірити, чи не скручені трубки системи. Якщо трубка катетера натягнута, необхідно обережно зняти пластир, змінити його і приклеїти до стегна (або ліжка) на інше місце без натягу.
 11. Усунути інші можливі порушення в роботі системи "катетер — дренажний мішок".
- За наявності крові в сечі або в разі виникнення болю в сечовому міхурі негайно повідомити лікаря!**
12. Переконатися, що трубка катетера приклеєна пластиром до стегна і не натягнута. Якщо трубка катетера натягнута, необхідно обережно зняти пластир, замінити його й приклеїти до стегна на інше місце без натягу.
 13. Переконатися, що дренажний мішок прикріплений до ліжка або стегна.
 14. Зняти з ліжка клейонку і пелюшку і покласти їх у водонепроникний мішок.
 15. Зняти рукавички, вимити й висушити руки.
 16. Зробити запис про виконану процедуру. Повідомити лікаря про ознаки запалення в ділянці промежини (якщо вони є).

Догляд за хворим із нетриманням сечі. Надання допомоги при затримці сечі

Мета: профілактика пролежнів, спорожнювання сечового міхура. *Показання:* порушення функцій сечових і травних органів (кишечнику). *Підготувати:* клейонку, судно, пелюшку, стерильний катетер, пінцет, серветки.

Послідовність дій

А. Догляд за хворим із нетриманням сечі

1. Стежити за чистотою постільної і натільної білизни.
2. Під крижі пацієнта підкласти гумове судно, між сідницями і судном постелити пелюшку.

712

3. Часто підмивати, насухо витирати і змащувати шкіру жиром; можна обробляти тальком.
4. Провітрювати палату.
5. Хворим із нетриманням сечі обмежити вживання рідини після 18:00.
6. Своєчасно спорожнювати сечоприймач і судна, часто мити їх дез-розчином.

Б. Надання допомоги хворому при затримці сечі

1. Необхідно рефлекторно сприяти акту сечовипускання:

- а) пустити струмінь води з-під крана;
- б) лити воду з чайника в таз;
- в) поливати теплою водою статеві органи;
- г) покласти теплу грілку на ділянку сечового міхура.

2. Якщо ці процедури не допомагають, проводять катетеризацію.

Можливі проблеми пацієнта (на прикладі розв'язання ситуаційних задач)

1. В урологічну лікарню госпіталізовано жінку, 67 років, із захворюванням сечового міхура. Скаржиться на нетримання сечі. Пацієнтка стурбована своїм станом: почуття страху нетримання сечі, думає, що від неї "іде неприємний запах", що вона обтяжує своїх родичів, що їм доводиться дуже часто змінювати білизну (постільну і натільну), що може замочити матрац. При спілкуванні медична сестра дізналась, що пацієнтка дуже багато вживає рідини: молоко, відвар шипшини, траву толокнянки (до 2—3 л за добу). Багато читає спеціальної літератури щодо свого стану. Пацієнтці призначено ліжковий режим.

Скласти план догляду за такою пацієнткою.

План догляду за пацієнтом із нетриманням сечі

Дата	Проблема	Мета	Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строкова			
29.03.2010	Нетримання сечі	До кінця тижня пацієнтка знатиме, що за відповідного лікування та догляду це прикресить.	1. Забезпечити фізичний і психічний спокій пацієнтки. 2. Простежити за дотриманням водного режиму пацієнтки. 3. Забезпечити психологічну підтримку пацієнтці.	1. Пацієнтка дотримує ліжкового режиму, усунені всі подразнювальні чинники. 2. Пацієнтка зменшила вживання рідини до 1 л за добу. 3. Проводила бесіду з пацієнткою про її проблему тривалістю в 15 хв щодня з 29.03 по 31.03, заохочувала її висловлювати свої почуття (побоювання, страх).	5.04.2010 стан пацієнтки покращився, тому що догляд за нею здійснювався за планом і вона не завдала

713

Дата	Проблема	Мета	Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строкова			
		Вона не буде причиною дискомфорту для тих, хто її оточує	4. Забезпечити пацієнтку індивідуальними засобами догляду. 5. Стежити за особистою гігієною	4. Простежила, щоб у пацієнтки були судно, сечоприймач, на матраці була пришита клейонка. 5. Підмивала пацієнтку, проводила заміну натільної та постільної білизни після кожного акту сечовипускання	оточуючим зайвого клопоту. Мету досягнуто

			пацієнтки. 6. Навчити родичів пацієнтки особливостям догляду за пацієнткою в домашніх умовах	ня в ліжку. Обробляла шкіру пахвинної ділянки вазеліном, проводила профілактику пролежнів. 6. Проводила бесіду про догляд за пацієнткою в домашніх умовах по 15 хв з 1.04 по 3.04. Вирішила питання про можливість використання памперсів уночі	
--	--	--	---	---	--

2. Пацієнт, 75 років, лікується в неврологічному відділенні з приводу захворювання нервової системи, порушення нервової регуляційної функції сечового міхура. У пацієнта страх розриву сечового міхура. При спілкуванні медична сестра виявила, що він дуже багато випиває рідини.

Догляд за таким пацієнтом здійснювати за планом.

План догляду за пацієнтом зі страхом розриву сечового міхура

Дата	Проблема пацієнта	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строкова	довго-строкова			
29.03. 2010	Страх розриву сечового міхура	Страх розриву сечового міхура зникне	Після виписування зі стаціонару в пацієнта не буде страху розриву сечового міхура	1. Спостерігати за регулярністю сечовипускання пацієнта, за його відсутності доповідати лікарю. 2. Спостерігати за водним режимом пацієнта.	1. Відмічала у листі динамічного спостерігання кратність та об'єм сечовипускання. Останні 10 год сечовипускання відсутні.	1.04. 2010 страх розриву сечового міхура ліквідовано. Мету досягнуто

				<p>3. Спробувати рефлекторно вплинути на сечовипускання.</p> <p>4. Забезпечити пацієнту психологічну підтримку.</p> <p>5. Забезпечити пацієнта літературою про його хворобу і обговорити 3 НІМ ЗМІСТ брошури.</p> <p>6. Познайомити з пацієнтом, у якого подібна проблема.</p> <p>7. Навчити пацієнта методам рефлекторного впливу на сечовипускання</p>	<p>2. Кількість випитої рідини більша виділеної. 3. Проводила бесіду з пацієнтом про його проблему по 15 хв впродовж 2 днів. 4. Переконала пацієнта в тому, що за потреби йому буде надано медичну допомогу. 5. Забезпечила пацієнта літературою про його проблему і обговорила з ним зміст брошури. 6. Познайомила з пацієнтом, у якого подібна проблема. 7. Навчила пацієнта методам рефлекторного впливу на сечовипускання</p>	
--	--	--	--	--	---	--

3. Пацієнту, 90 років, що перебуває в реанімаційному відділенні з приводу операції на сечовому міхурі, поставлено постійний катетер.

Догляд за пацієнтом, якому поставлено постійний катетер, здійснювати за планом.

План догляду за пацієнтом з постійним катетером з метою профілактики внутрішньолікарняного інфікування сечовивідних шляхів

Проблема	Мета	Сестринські втручання
(п) Ризик внутрішньолікарняного інфікування сечовивідних шляхів	Внутрішньолікарняного інфікування сечовивідних шляхів не буде	1. Уводити катетер, суворо дотримуючи правил асептики, атравматичними методами. 2. Надійно закріпити катетер, щоб уникнути випадіння його із сечівника. 3. Тримати катетер стільки, скільки це необхідно. 4. По можливості використовувати зовнішній катетер. 5. Мити руки перед будь-якою процедурою з катетером чи сечоприймачем та після неї. 6. Стежити, щоб система катетер — сечоприймач була замкнутою, роз'єднувати систему тільки тоді, коли виникає необхідність промити катетер.

	<p>7. Промивати катетер тільки за підозри на його закупорювання. 8. Під час промивання катетера дотримувати всіх правил асептики. 9. У разі потреби взяти пробу сечі для аналізу: продезінфікувати вільний кінець катетера або відвідну частину антисептичним засобом, аспірувати сечу за допомогою стерильного шприца. 10. Обережно від'єднати сечоприймач, уникаючи забруднення з'єднувальної трубки. 11. Підтримувати постійний відтік сечі. 12. Розмістити посуд для сечі нижче рівня сечового міхура. 13. Не перетискати катетер. 14. Здійснити догляд за катетером. Результати догляду зареєструвати в протоколі</p>
--	---

716

ЗОНДОВІ МАНІПУЛЯЦІЇ: ПРОМИВАННЯ ШЛУНКА, ШЛУНКОВЕ ТА ДУОДЕНАЛЬНЕ ЗОНДУВАННЯ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- мету проведення зондових маніпуляцій;
 - види шлункових і дуоденальних зондів;
 - особливості промивання шлунка в непритомних пацієнтів;
 - ентеральні та парентеральні подразники підшлункової секреції;
 - протипоказання і можливі ускладнення при виконанні зондових маніпуляцій;
 - беззондові методи дослідження шлункової секреції;
 - можливі проблеми пацієнта, наприклад блювотний рефлекс, відмова від процедури.
- Сестринські втручання.

Уміти:

- пояснити пацієнту суть маніпуляції і правила підготовки до неї;
- узяти промивні води шлунка для дослідження;
- надати допомогу пацієнту при блюванні. **Володіти навичками:**
- промивання шлунка притомного пацієнта (на фантомі);
- проведення дослідження секреторної функції шлунка з ентеральними і парентеральними подразниками (на фантомі);
- виконання дуоденального зондування (на фантомі).

Промивання шлунка. Особливості промивання шлунка дітям

Показання: отруєння лугами, кислотами, лікарськими препаратами, грибами, солями важких металів, деякі захворювання шлунка (виразкова хвороба, гастрит, стеноз ворота), споживання недоброякісної їжі.

Харчове отруєння — патологічний стан, зумовлений негативним впливом на організм харчових отрут. Розвивається гостро: через кілька годин після їди з'являються нудота, різка слабкість, відчуття розпирання і біль у надчерев'ї; незабаром приєднується рясне блювання, яке приносить деяке полегшення. Блювання поєднується з проносом. Випорожнення часті, рясні, рідкі, іноді з домішкою слизу, може супроводжуватися нападоподібним болем у животі. Нерідко підвищується температура тіла, пацієнт скаржиться на головний біль, ломоту. Необхідна термінова допомога лікаря. Першою допомогою при харчовому отруєнні є промивання шлунка.

719

Протипоказання: органічні звуження стравоходу, гострі стравохідні та шлункові кровотечі, хімічні опіки слизової оболонки глотки тяжкого ступеня, стравоходу та шлунка кислотами і лугами (через кілька годин після отруєння), інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу.

Пацієнта саджають на стілець щільно до спинки, голову трохи нахиляють уперед. Праворуч від нього ставлять посуд із промивною рідиною (відро, каструлю), між ногами — таз (відро). Якщо у пацієнта зубні протези, їх знімають. На пацієнта надягають клейончастий фартух, визначають глибину введення зонда таким чином: до величини відстані від різців до пупка пацієнта додають число, яке відповідає довжині його долоні (мал. 195).

Потім у праву руку беруть зонд за кінець, який уводять, і розміщують його між пальцями, як ручку при письмі. Пацієнт відкриває рот (за потреби використовують рото-розширювач), кладуть зонд на ко-

рінь язика і просять зробити декілька ковтальних рухів при глибокому диханні через ніс. І відразу енергійним рухом уводять зонд до мітки. За появи кашлю або утрудненого дихання зонд швидко виймають і повторюють процедуру через кілька хвилин.

Далі стерильну лійку ємністю 0,5 — 1 л з'єднують із вільним кінцем зонда. Опускають її, трохи нахиливши, нижче рівня шлунка, при цьому вона наповнюється промивною рідиною. Повільно піднімають лійку вище рівня рота пацієнта, тримаючи її в нахиленому положенні, щоб у шлунок не потрапило повітря.

Рідина поступово переходить у шлунок. Під час процедури стежать, щоб частина рідини залишилася в лійці.

Слід пам'ятати, що одноразово в шлунок не можна вводити більше ніж 1 л рідини. Не рекомендується також швидке надходження рідини в шлунок, тому лійку треба піднімати повільно.

720

При зниженні рівня рідини до звуженого місця на лійці її опускають над тазом, у який виливається вміст шлунка. За потреби першу порцію промивних вод направляють до лабораторії.

Процедуру повторюють до появи чистих промивних вод. Зазвичай для промивання шлунка використовують 8—10 л води або іншої промивної рідини.

Під час промивання необхідно стежити за станом пацієнта і промивними водами. При появі там прожилок крові процедуру припиняють. Якщо промивання шлунка зумовлене отруєнням кислотами, його необхідно продовжувати.

Дітям, ослабленим і непритомним пацієнтам промивання шлунка проводять у положенні лежачи на боці з низько опущеною і трохи повернутою набік головою (мал. 196). Зонд у шлунок непритомному пацієнту має вводити лікар-ре-аніматолог, який володіє технікою інтубації трахеї. По завершенні промивання шлунка лійку знімають, швидким рухом виймають зонд, занурюють його в 1 % розчин хлораміну, потім ретельно миють під струменем гарячої води, яку пропускають через трубку, і декілька разів віджимають згори донизу.

Стерилізують зонд і лійку методом кип'ятіння протягом 15—20 хв, у розібраному вигляді кладуть у переварену холодну воду.

Якщо пацієнт не може проковтнути зонд, його шлунок промивають беззон-довим методом: дають випити 1—2 л теплого розчину натрію гідрокарбонату і, якщо блювання не настало, спричинюють його шляхом подразнення кореня язика або глотки пальцем або шпателем: процедуру повторюють кілька разів.

Особливості промивання шлунка дітям. *Показання.* Початкові стадії кишкових інфекцій, які перебігають із синдромом гастриту або гастроентероколіту, та різні види отруєнь.

Для промивання шлунка використовують такі розчини: переварена вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, 1 % розчин хлоридної кислоти, 2 %

розчин натрію гідрокарбонату, 0,02—0,1 % розчин калію перманганату. Температура розчину має бути 20 °С. Об'єм розчину залежить від віку дитини (табл. 50).

Таблиця 50. Залежність об'єму рідини від віку дитини при промиванні шлунка

Вік дитини	Кількість рідини для одноразового введення, мл	Об'єм рідини для всього промивання, мл
Новонароджений 1—3 міс. 4—12 міс. 1—5 років 6—10 років Більше 10 років	10 10—30 40—60 100—150 160—250 250—500	200 500 1000 3000—5000 6000—8000 8000—10 000

Варіанти визначення глибини введення зонда у дитини:

- відстань від краю зубів до мечоподібного відростка груднини;
- новонароджений — 20 см, 6 міс. — 25 см, 1 рік — 30 см, 2 роки — 35 см; старшого віку — 45 см.

Дитину загортають у простиралю, саджають на стілець (маленьких дітей бере на руки помічник або мати).

Для дітей раннього віку використовують тонкий шлунковий зонд або шлунковий катетер. Відсмоктування рідини із шлунка дітям раннього віку проводять шприцом ємністю 10, 20, 50, 100 мл, старшого — як у дорослих.

Після проведення маніпуляції обробляють зонд: промивання у воді за температури 40—50 °С протягом 1 хв, далі повне занурювання в 0,5 % розчин перекису водню з мийним засобом за температури 40—50 °С на 15 хв, потім виполіскування та стерилізування паровим методом: 1,1 атм. — 120 °С — 45 хв.

Дослідження секреторної функції шлунка

Для визначення характеру секреторної (кислотоутворювальної) функції шлунка нині використовують зондові та беззондові методи дослідження. До зондових належить багаторазовий (фракційний) метод дослідження за допомогою тонкого зонда завдовжки 1,5 м діаметром 3—5 мм. Крім того, готують пробірки, лотки, лійку, шприц ємністю 20 мл, рушник.

Для збудження секреції шлунка пацієнтові дають сік із капусти, 7 % відвар капусти, м'ясний бульйон, хлібний, кофейновий, алкогольний та інші пробні сніданки, а також гістамін, пентагастрин та інсулін.

Не рекомендується одержувати шлунковий вміст за допомогою зонда при гіпертонічній хворобі II та III стадії, серцевій декомпенсації, порушенні дихання через ніс, ларингіті, загостренні хронічного гастриту або виразкової хво-

роби і дванадцятипалої кишки, холециститу, розширенні вен стравоходу, аневризмі аорти, схильності до кровотеч, викривленні шийно-грудного відділу хребта, вагітності.

Перед дослідженням медична сестра має попередити пацієнта, щоб за день до процедури він повечеряв не пізніше 18-ї години. Кількість їжі має бути обмеженою. У день дослідження пацієнтові не можна пити, їсти, приймати ліки, курити. Дослідження проводять уранці.

Беруть шлунковий вміст у спеціальній кімнаті. До початку процедури медична сестра пояснює пацієнтові мету процедури, навчає його глибоко дихати через ніс. Якщо носові ходи забиті слизом, необхідно їх почистити. Пацієнт сідає біля столу на стілець, щільно

притискується до його спинки, голову трохи нахилиє вперед. Медична сестра лівою рукою підтримує голову пацієнта, а правою вводить зонд. На вільний кінець зонда прилаштовує шприц ємкістю 20 мл для відсмоктування вмісту шлунка. Тонкий зонд, змочений водою, вводять у шлунок такими самими прийомами, як і товстий. Тримують зонд, як ручку при письмі, і вводять за корінь язика, злегка повертаючи його вперед і донизу, унаслідок чого кривизна глотки сплющується, надгортанник зміщується, звільнюючи шлях для зонда. Пацієнтові пропонують дихати глибоко через ніс, стримувати блювотні рухи, а слину спльовувати в рушник. При позивах до блювання пацієнт має висувати зонд губами і глибоко дихати через ніс.

Після введення тонкого шлункового зонда одразу ж беруть вміст шлунка, далі протягом 1 год кожні 15 хв відсмоктують шлунковий сік. Потім через зонд у шлунок вводять пробний сніданок. Через 10 хв беруть 10 мл шлункового вмісту, а ще через 15 хв його повністю відсмоктують за допомогою шприца. Далі впродовж 1 год через кожні 15 хв беруть проби вмісту шлунка. Пробірки з одержаним шлунковим вмістом поміщають у штатив у такому порядку, у якому одержували проби. На кожен пробірочку прикріплюють етикетку із значенням номера і направляють до лабораторії (мал. 197).

Найсильнішим фізіологічним стимулятором шлункової секреції є гістамін. Треба пам'ятати, що при гіпертонічній хворобі, бронхіальній астмі, алергій-них захворюваннях його застосовувати протипоказано. При використанні

723

гістаміну як стимулятора шлункової секреції за 15—20 хв до його введення пацієнтові вводять антигістамінні препарати — супрастин або димедрол.

Натще беруть уміст шлунка, а потім вводять 0,5 мл 0,1 % розчину гістаміну підшкірно і протягом 1 год кожні 15 хв відсмоктують шлунковий вміст.

Ускладнення, що виникають при відсмоктуванні шлункового вмісту за допомогою тонкого зонда. За появи позивів до блювання та кашлю зонд потрібно вийняти, дати пацієнтові відпочити, спробу ввести зонд у шлунок повторити. При їх повторенні проводять анестезію слизової оболонки глотки, змастивши її 2 % розчином новокаїну або 1 % розчином дикаїну. Спазм стравоходу та глотки усувають, вливши через зонд, який не виймають, трохи теплої води. За появи в шлунковому вмісті значної кількості крові (поява свіжої крові у вигляді прожилок пов'язана з ушкодженням дрібних судин слизової оболонки стравоходу або шлунка зондом при його введенні або вийманні) відсмоктування вмісту припиняють. Зонд обережно виймають. Пацієнта заспокоюють, вкладають у ліжку, дають випити 10 % розчин кальцію хлориду, вікасол, а на ділянку живота кладуть міхур з льодом. В емоційно лабільної особи в разі появи крові в шлунковому вмісті може розвинути зомління. У такому разі дослідження припиняють, на пацієнта бризкають холодною водою, дають понюхати тампон, змочений нашатирним спиртом.

Нині поширення набув рН-метричний спосіб узяття шлункового соку за допомогою зонда, на кінці якого розміщена олива із вмонтованими в неї сурм'я-нокаломелевими електродами. Це дає змогу визначити рН шлункового соку в різних його відділах. Застосовують також радіометричне дослідження шлункового вмісту за допомогою електронного приладу, який вводять у шлунок.

Дуоденальне зондування

Дуоденальне зондування здійснюють з діагностичною метою: в одержаних порціях жовчі визначають наявність лейкоцитів, клітин відшарованого епітелію, одноклітинних паразитів, жовчного піску. Його виконують також з лікувальною метою. Так, звільнення жовчного міхура і печінкових проток від жовчі сприяє усуненню застійних

явищ, що запобігає утворенню каменів у жовчному міхурі і подальшому розвитку запального процесу.

Для проведення дуоденального зондування беруть тонкий гумовий зонд завдовжки 1,5 м діаметром 3,5—5 мм, на кінці якого є олива (мал. 198), штатив з пробірками (мал. 199), шприц ємністю 10 або 20 мл, лакмусовий па-

724

пір або інший індикатор, грілку, рушник. Протипоказання такі, як і для дослідження шлункового соку за допомогою зонда.

Щоб дуоденальне зондування відбулося успішно, необхідно ретельно підготуватися до нього. За 2—3 дні до цього пацієнтові рекомендують вилучити з раціону продукти, які зумовлюють здуття кишок (капусту, картоплю, молоко, чорний хліб).

Зондування проводять у спеціально відведеному приміщенні. Під час процедури пацієнта не можна залишати самого. Медична сестра пояснює йому хід процедури, заспокоює його. Зондування проводять натще.

Успіх його залежить від того, на яку відстань вводити зонд. На зонді є три мітки: 1-а — на відстані 45 см (відповідає відстані до кардіальної частини шлунка); 2-а — 70 см (відстань до воротаря); 3-я — 90 см (відстань до дванадцятипалої кишки). При цьому треба враховувати зріст і конституцію пацієнта. У положенні пацієнта стоячи на зонді вимірюють відстань від пупка до різців. Далі пацієнта саджають на стілець, беруть зонд за металеву оливу I, II і III пальцями правої руки і вводять за корінь язика, пропонуючи пацієнтові глибоко дихати через ніс.

За появи позивів до блювання пацієнт має губами затиснути зонд і глибоко дихати через ніс, після чого намагатися проковтнути зонд до 1-ї мітки. Ковтати зонд треба повільно, щоб він не згорнувся. Далі пацієнтові пропонують походити по кімнаті, продовжуючи потроху ковтати зонд до мітки 70 см, або лягти на правий бік і підкласти під голову валик (подушка, яка поставлена ребром, або згорнута ковдра). Поверх валика або подушки необхідно покласти грілку, загорнуту в рушник, щоб не обпекти хворого. Ноги мають бути зігнутими в колінах. Пацієнт продовжує повільно і поступово ковтати зонд (див. мал. 199).

Зонд просувається через воротар шлунка у дванадцятипалу кишку завдяки перистальтиці шлунка протягом 1—1,5 год.

'i / .' -;>■ ■ ч £':y,!i'>000:1

725

Вільний кінець зонда опускають у пробірку, що міститься в штативі нижче узголів'я ліжка пацієнта. Доки олива перебуває в шлунку, із зонда витікає мутний шлунковий вміст, який має кислу реакцію (змочений ним синій лакмусовий папір стає червоним), при просуванні її у дванадцятипалу кишку починає витікати прозора жовта жовч, яка має лужну реакцію (змочений нею червоний лакмусовий папір стає синім). У міру витікання жовчі кожні 5 хв кінець зонда переносять у наступну пробірку. Якщо зонд згорнувся і жовч не виділяється, його дещо виймають, відтак пацієнт знову його ковтає. Аби з'ясувати чи опинився зонд у дванадцятипалій кишці, застосовують пробу повітрям. За допомогою шприца вводять у зонд (на півсклянки холодної води) оливину олію, 1—2 яєчних жовтки, 20 мл 40 % розчину глюкози тощо.

Уводять незначну кількість повітря. Якщо зонд у шлунку, пацієнт відчуває надходження туди повітря і гурчання. Якщо такі відчуття відсутні, зонд у дванадцятипалій кишці. Іноді зонд тривалий час неможливо просунути до дванадцятипалої кишки внаслідок спазму

воротаря. Для купірування спазму можна ввести 100 мл 2 % розчину натрію гідрокарбонату і перетиснути зонд на 10—15 хв, після чого продовжити зондування.

Через 10—20 хв після появи жовчі (порція А) через зонд уводять одну з речовин, яка зумовлює скорочення жовчного міхура: 30—50 мл 33 % розчину магнію сульфату, підігрітого до 60 °С, розчин сорбіту (1—2 столові ложки); якщо після введення подразника скорочення жовчного міхура не відбувається, подразник уводять ще раз.

Магнію сульфат протипоказано призначати при кольках та схильності до проносу.

На 5—7 хв зонд перетискають, вільний кінець його опускають у пробірку. З жовчного міхура починає надходити темна жовч (порція В), а потім світліша — печінкова (порція С).

Процедура дуоденального зондування виснажлива. Якщо протягом 1—1,5 год жовч не з'являється, зондування припиняють і призначають повторну процедуру не раніше ніж за 24 год.

Після одержання всіх трьох порцій жовчі зонд виймають, занурюють в 1 % розчин хлораміну, потім кип'ятять протягом 15 хв. Жовч одразу досліджують, адже під дією ферментів клітинні елементи швидко руйнуються.

Слід пам'ятати, що під час проведення зондування можуть виникнути такі ускладнення: поява крові в дуоденальному вмісті (у такому разі треба негайно припинити процедуру); вегетативні реакції (слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, серцебиття).

Щоб їх уникнути, потрібно ввести кальцію хлорид, який є антагоністом магнію сульфату.

П'ятифазове дуоденальне зондування дає можливість визначити не тільки характер дуоденального вмісту, а й об'єм окремих частин жовчної системи і тонус її сфінктерів. Набір технічних засобів такий, як і для попередньої процедури, а також годинник. Техніка введення зонда така сама, як при звичайному дуоденальному зондуванні.

726

Перша фаза (холедохус-фаза). Загальна жовчна протока і протоки підшлункової залози розслаблені; із загальної жовчної протоки витікає незначна кількість світлої жовчі.

Тривалість 14—16 хв.

Друга фаза. Загальна жовчна протока і протока підшлункової залози закриті від часу введення подразника до появи забарвленого жовчю секрету. Тривалість 3—5 хв.

Третя фаза — жовч А (від розкриття загальної жовчної протоки і протоки підшлункової залози до появи темної жовчі з жовчного міхура). Тривалість 3—4 хв. Виділяється 3—4 мл світлої жовчі з протоки жовчного міхура і загальної жовчної протоки.

Четверта фаза — жовч В (розслаблення сфінктера Люткенса та спорожнення жовчного міхура). Тривалість 20—30 хв. Виділяється 25—45 мл темної жовчі.

П'ята фаза — жовч С (настає наприкінці виділення жовчі В). Об'єм жовчі менший, ніж у четвертій фазі.

Перелік практичних навичок

1. Уведення шлункового зонда через рот (поведінка пацієнта адекватна).
2. Уведення носошлункового зонда (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна).
3. Промивання шлунка за допомогою товстого зонда.
4. Промивання шлунка за допомогою тонкого зонда (діагностичне).
5. Узяття шлункового вмісту для дослідження секреторної функції шлунка (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна).
6. Дуоденальне зондування (фракційний спосіб).

Уведення шлункового зонда через рот (поведінка пацієнта адекватна)

Підготувати: стерильний шлунковий зонд, рушник, серветки, шприц Жане ємністю 60 мл, фонендоскоп, стерильний гліцерин або вазелінове масло, лоток, чисті рукавички, водонепроникний фартух.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід та суть процедури (якщо це можливо) і отримати згоду на її виконання.
2. Підготувати оснащення (зонд завчасно помістити в морозильну камеру не менше ніж на 1,5 год).
3. Вимити і висушити руки. Надягти рукавички.
4. Запропонувати чи допомогти пацієнту сісти на стілець щільно до спинки. Якщо він не може сидіти на стільці, процедуру можна виконувати в положенні пацієнта лежачи на боці. При цьому голову його розмістити низько.

727

5. Прикрити груди пацієнта водонепроникним фартухом.
6. Визначити відстань, на яку слід увести зонд: від губ до вушної часточки і вниз по передній черевній стінці так, щоб останній отвір зонда розміщувався нижче від мечоподібного відростка.
7. Пояснити пацієнту, що під час уведення зонда можливі нудота і позиви до блювання, які можна пригнітити, якщо глибоко дихати через ніс. Не можна стискати просвіт зонда зубами і висмикувати його.
8. Стати праворуч від пацієнта. Запропонувати йому відкрити рот, покласти на корінь язика густо змащений гліцерином сліпий кінець зонда (мал. 200).
Примітка: у разі неадекватної поведінки пацієнта (якщо зонд уводять з метою промивання шлунка) слід використовувати засоби фіксації для рук і ніг, голову фіксувати рукою; для утримання рота пацієнта відкритим використовувати роторозширювач.
9. Попросити пацієнта зробити декілька ковтальних рухів (якщо можливо), під час яких обережно просувати кінець зонда в стравохід.
10. Просувати зонд повільно і рівномірно. За появи перешкоди — зупинитись і витягти зонд. Повторити п. 9.
11. Продовжувати введення зонда до потрібної відмітки в тому разі, якщо він просувається з невеликим опором.
12. Пересвідчитись у тому, що зонд правильно розмістився в шлунку, увести в шлунок близько 20 мл повітря за допомогою шприца Жане, вислуховуючи при цьому надчеревну ділянку. Правильне положення зонда підтверджується також аспірацією великого об'єму рідини.
13. Промивати зонд кожні 4 год 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.
14. Продовжувати процедуру, для виконання якої було введено зонд.
15. Зняти рукавички, вимити та висушити руки після закінчення процедури.

Уведення носошлункового зонда (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна)

Підготувати: стерильний шлунковий зонд діаметром 0,5—0,8 см, рушник, серветки, шприц Жане ємністю 60 мл, фонендоскоп, стерильне вазелінове масло чи гліцерин, лоток, чисті рукавички, лейкопластир (іх Ю см), затискач, ножиці, заглушку для зонда, безпечну шпильку.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід та суть процедури (якщо це можливо) і отримати його згоду на виконання.

728

2. Підготувати оснащення (зонд слід тримати в морозильній камері не менше ніж 1,5 год).

3. Визначити найсприятливіший спосіб уведення зонда: притиснути спочатку одне крило носа і попросити пацієнта дихати, потім повторити ці дії з іншим крилом носа.
4. Визначити відстань, на яку слід увести зонд: від кінчика носа до вушної часточки і вниз по передній черевній стінці так, щоб останній отвір зонда був нижче від мечоподібного відростка (мал. 201, а, б).
5. Допомогти пацієнту набути високого положення Фаулера.
6. Прикрити груди пацієнта рушником.
7. Вимити і висушити руки. Надягти рукавички.
8. Добре обробити сліпий кінець зонда стерильним вазеліновим маслом чи гліцерином.
9. Попросити пацієнта трохи закинути голову.
10. Увести зонд через нижній носовий хід на відстань 15—18 см.
11. Попросити пацієнта повернути голову в природне положення.
12. Дати пацієнту склянку з водою і трубочкою для пиття. Попросити пити маленькими ковтками, ковтаючи зонд. Можна додати у воду шматочок льоду (мал. 201, в).
13. Допомогати пацієнту ковтати зонд, проштовхуючи його в глотку під час кожного ковтання.
14. Переконатися, що пацієнт може чітко говорити і вільно дихати.
15. М'яко просувати зонд до потрібної позначки. Якщо пацієнт спроможний ковтати, запропонувати йому випити води через трубочку (коли пацієнт ковтатиме, м'яко просувати зонд).
16. Переконатися в правильному розміщенні зонда в шлунку — увести в шлунок близько 20 мл повітря за допомогою шприца Жане, вислуховуючи при цьому надчеревну ділянку, або приєднати шприц до зонда — при аспірації в зонд має надходити вміст шлунка.

729

17. У разі потреби залишити зонд на тривалий час: відрізати пластир завдовжки 10 см, розрізати його в довжину на 5 см навпіл. Прикріпити лейкопластир нерозрізаною частиною до спинки носа. Обгорнути кожною розрізаною смужкою лейкопластиру зонд і закріпити смужки хрест-навхрест на спинці носа, уникаючи натискування на крила носа.
18. Закрити зонд заглушкою (якщо процедура, заради якої було введено зонд, виконуватиметься пізніше) і прикріпити безпечною шпилькою до одягу пацієнта на грудях.
19. Допомогти пацієнту набути зручного положення.
20. Зняти гумові рукавички, занурити їх у дезінфекційний розчин. Вимити і висушити руки.
21. Зробити запис про виконання процедури і реакцію пацієнта.
22. Промивати зонд кожні 4 год 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

Промивання шлунка за допомогою товстого зонда

Підготувати: систему для промивання шлунка: два товстих стерильних шлункові зонди, сполучені скляною трубкою (сліпий кінець в одного зонда зрізаний); скляну лійку ємністю 0,5—1 л; рушник; серветки; стерильні пробірки (банки) для промивних вод; посуд з водою кімнатної температури (10 л); кухоль; посуд для зливання промивних вод; рукавички; водонепроникний фартух — 2 штуки; вазелінове масло або гліцерин.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід і суть процедури й отримати його згоду на виконання.
2. Надягти водонепроникні фартухи на себе і пацієнта.
3. Увести товстий шлунковий зонд до встановленої позначки (див. мал. 200).
4. Приєднати до зонда лійку, опустити її до рівня шлунка.
5. Тримаючи лійку трохи під нахилом на рівні шлунка, налити в неї 1 л води.
6. Повільно підняти лійку вгору на 1 м. Як тільки вода досягне вічка, опустити лійку до рівня колін, не допускаючи виливання води (див. мал. 195).
7. Повторити п. 6 двічі і вилити промивні води в приготовлений стерильний посуд (якщо необхідно, узяти промивні води на дослідження).

Примітка: промивні води беруть на дослідження за призначенням лікаря. У разі підозри на отруєння припікальними отрутами беруть першу порцію промивних вод.

8. Повторювати пп. 5, 6, але воду виливати в посудину для зливання промивних вод (використовувати приготівлені 10 л води).

9. По закінченні процедури від'єднати і витягти зонд із шлунка, обгорнувши його серветкою.

730

10. Занурити забруднені предмети в посуд із дезінфекційним розчином (якщо використовують дезінфекційні засоби без фіксувальної дії).

11. Зняти фартухи, занурити їх у посуд із дезінфекційним розчином або у водонепроникний мішок.

12. Зняти рукавички. Допомогти пацієнту вмитися і набути зручного положення.

13. Вимити і висушити руки.

14. Написати направлення і відправити пробірки із промивними водами в лабораторію.

Решту промивних вод вилити в каналізацію.

15. Зробити запис про проведення процедури і реакцію пацієнта.

Промивання шлунка за допомогою тонкого зонда (діагностичне)

Підготувати: тонкий шлунковий зонд, рушник, серветки, стерильний посуд для промивних вод, посуд із водою кімнатної температури (10 л), посуд для зливання промивних вод, рукавички, водонепроникний фартух — 2 штуки, вазелінове масло чи гліцерин, шприц Жане ємністю 0,5 л, водонепроникний мішок.

Послідовність дій

1. Надягти водонепроникні фартухи на себе і пацієнта.

2. Увести тонкий шлунковий зонд через рот або ніс (див. мал. 194, 200, 201).

3. Приєднати до зонда шприц Жане і потягнути поршень трохи на себе. Від'єднати шприц, повернувши поршень у початкове положення.

4. Набрати в шприц 0,5 л води. Приєднати шприц до зонда і ввести воду в шлунок (мал. 202).

5. Потягнути поршень шприца на себе, аспіруючи введену воду.

6. Повернути поршень у початкове положення, за потреби взяти промивні води на дослідження.

7. Повторити гш. 4—6 двічі і вилити промивні води в посуд для промивних вод.

Примітка: за підозри на отруєння припікальною отрутою цей етап не проводять.

8. Повторити пп. 4, 5.

9. Від'єднати шприц від зонда і вилити вміст у посуд для промивних вод.

10. Повторювати пп. 4, 5, 9 доти, доки не буде використана вся вода (10 л), що була приготована для промивання.

11. Після закінчення процедури від'єднати шприц Жане і вилучити зонд зі шлунка, обгорнувши його серветкою.

12. Занурити забруднені предмети в посуд із дезінфекційним розчином (якщо він не дає фіксувального ефекту).

731

13. Зняти фартухи, покласти їх у посуд із дезінфекційним розчином або у водонепроникний мішок.

14. Зняти рукавички, допомогти пацієнту вмитися і набути зручного положення.

15. Вимити і висушити руки.

16. Виписати направлення та відіслати посуд із промивними водами в лабораторію. Решту промивних вод вилити в каналізацію.

17. Зробити запис про проведення процедури та реакцію пацієнта.

Узяття шлункового вмісту для дослідження секреторної функції шлунка (пацієнт може допомагати, поведінка адекватна)

Підготувати: стерильний шлунковий зонд діаметром 0,5—0,8 см, один із стимуляторів секретії, шприц для ін'єкцій (якщо подразник парентеральний), розчин етилового спирту, ватні кульки, рукавички, штатив з пробірками, шприц для взяття шлункового вмісту, якщо немає вакуумної установки, призначеної для цієї мети (мал. 203, а).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід процедури та отримати його згоду на її виконання.
2. Підготувати необхідне оснащення.
3. Запропонувати пацієнтові правильно і зручно сісти: щільно притулитися до спинки стільця і трохи нахилити голову вперед.
4. Покласти рушник на груди та шию пацієнта.
5. Визначити відстань, на яку пацієнт має проковтнути зонд (від зросту в сантиметрах відняти 100).
6. Надягти рукавички, відкрити пакет, вийняти з нього зонд (зонд до введення мав перебувати в морозильнику протягом 1,5 год). Узяти його правою рукою на відстані 10—15 см від сліпого кінця, а лівою рукою підтримувати його вільний кінець.

732

7. Запропонувати пацієнту відкрити рот, покласти сліпий кінець зонда на корінь язика, а потім проштовхнути його глибше в глотку: пацієнт при цьому повинен робити активні ковтальні рухи за командою медичної сестри, а слину витирати серветкою.

Примітка: якщо пацієнт закашлявся, негайно вийняти зонд.

8. Далі процедуру проводять різними методами.

А. Метод Лепорського:

- а) протягом 5 хв вилучати вміст шлунка (I порція);
- б) увести через зонд 200 мл підігрітого до 38 °С ентерального подразника (5 % розчин етилового спирту, м'ясний бульйон);
- в) через 10 хв вилучити 20 мл (II порція);
- г) через 15 хв вилучити весь залишок пробного сніданку (III порція);
- г) протягом 1 год вилучати шлунковий вміст (IV, V, VI, VII порції), змінюючи пробірки кожні 15 хв.

Б. Метод Веретенова — Новикова — М'ясоєдова (мал. 203, б, в):

- а) вилучити шлунковий вміст натще (I порція);
- б) протягом 1 год вилучати вміст шлунка, змінюючи пробірки кожні 15 хв (II, III, IV, V порції);
- в) увести через зонд ентеральний подразник, підігрітий до 38 °С;
- г) подальше вилучення шлункового вмісту проводити за методом Лепорського (див. А, пп. в—г).

9. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.

10. Доставити в лабораторію всі отримані порції із бланком, на якому зазначено відділення, прізвище, ім'я та по батькові пацієнта (див. бланк).

11. Дезінфекція шлункового зонда:

- а) після використання шлунковий зонд замочити у 3 % розчині хлораміну на 1 год. Канал зонда заповнити дезінфекційним розчином за допомогою шприца;

733

Бланк

Дата проведення_

Дослідження шлункового соку №__

Відділення

Час дослідження	Напівце	Базальна				Залишок подразника		Годинне напруження				
						ентеральний(+)	парентеральний					
		15	15	15	15			15	15	15	15	
Кількість вмісту												Базальна
Вільна НС1												
Загальна кислотність												Стимульована
Слиз												
Жовч												Мікроскопічна
Залишок їжі												
Кров мікроскоп.												
Подразники (підкреслити): ентеральні	Спирт етиловий 5 % розчин — 300 мл, м'ясний бульйон — 300 мл, — 4 % відвар капусти — 300 мл											
парентеральні	0,1 % розчин гістаміну стрину — 0,1 мл/10 кг — 0,08 мг/10 кг, 0,025 % розчин пентагістаміну стрину — інсулін — 2 ОД/10 кг											

б) зонд промити під проточною водою;

в) знежирити в мийному розчині та ретельно промити канал зонда за допомогою шприца;

г) повторно промити зонд під проточною водою;

г) прокип'ятити у дистильованій воді протягом 30 хв.

734

Дуоденальне зондування (фракційний спосіб)

Підготувати: стерильний дуоденальний зонд, штатив із пробірками, ен-теральні подразники: 25—40 мл 33 % магнію сульфату, 40 % розчин глюкози 50 мл, 40 % розчин ксиліту або сорбіту 50 мл, маслинову або кукурудзяну олію 50 мл, два сирих жовтки курячих яєць; парентеральний подразник (пітуїтрин 5 ОД); шприц для аспірації, шприц Жане, шприц для ін'єкцій 10 мл, 10 % розчин кальцію хлориду в ампулах, грілку з теплою водою, рушник, фартух, валик, гумові рукавички, клейонку, низьку підставку (мал. 204, а).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові хід процедури та отримати його згоду на виконання.

2. У положенні стоячи визначити відстань, на яку пацієнт має проковтнути зонд, щоб той опинився в субкардіальному відділі шлунка (у середньому 45 см — відстань від пупка до нижніх різців — відповідає першій позначці), та додати довжину долоні пацієнта (відповідає другій позначці на зонді) — орієнтир дванадцятипалої кишки (або відстань від губ і вниз по передній черевній стінці, щоб олива розміщувалася на 6 см нижче від пупка; мал. 204, б).
3. Запропонувати пацієнту сісти на стілець або кушетку.
4. Вимити і висушити руки. Надягти рукавички, покласти рушник на груди та шию пацієнта.
5. Узяти зонд на відстані 10—15 см від оливи, а лівою рукою підтримувати його вільний кінець (до введення зонд мав перебувати в морозильнику протягом 1,5 год).
6. Запропонувати пацієнту відкрити рот, покласти на корінь язика, а потім просунути зонд глибше в глотку. Одночасно пацієнт має робити активні ковтальні рухи. При кожному ковтальному русі зонд проходить у шлунок до потрібної мітки.
7. Щоб перевірити місцеперебування зонда, до нього приєднують шприц. Якщо під час аспірації в шприц надходить каламутна рідина жовтого кольору, олива в шлунку, якщо ні — підтягнути зонд до себе і запропонувати заковтнути його ще раз.
8. Якщо зонд у шлунку — покласти пацієнта на правий бік, підкласти під таз валик або згорнуту ковдру, а під праве підребер'я — теплу грілку. У такому положенні пацієнт продовжує ковтати зонд до 7—8-ї відмітки. Тривалість заковтування — 40—60 хв (мал. 204, в).
9. Після заковтування зонда до 9-ї відмітки (80—85 см) опустити його вільний кінець у пробірку (мал. 204, г). *Примітка:* штатив із пробірками устанавлюють нижче від кушетки.
10. За наявності оливи у дванадцятипалій кишці в пробірку надходить золотисто-жовта прозора рідина (лужна реакція) — дуоденальна порція — порція А: за 20—30 хв надходить 25—40 мл цієї порції (2—3 пробірки).

736

Примітка: якщо речовина не надходить у пробірку, потрібно перевірити місце перебування зонда за допомогою введення в нього шприцом повітря (мал. 204, і): якщо зонд у дванадцятипалій кишці, то введення повітря не супроводжується ніякими звуковими ефектами; якщо зонд усе ще в шлунку — при введенні повітря відзначаються характерні кліккіливі звуки.

11. Після отримання порції А ввести за допомогою шприца Жане подразник (25—40 мл 33 % розчину магнію сульфату або 30—40 мл 40 % розчину сорбіту, або жовчогінний засіб, наприклад пітуїтрин — 5 ОД внутрішньом'язово). Перемістити зонд у наступну пробірку. Положення пацієнта лежачи на правому боці (мал. 204, д).

12. Через 10—15 хв після введення подразника в пробірку надходить порція В — міхурова жовч — темна прозора, більш в'язка. Тривалість отримання порції В: за 20—30 хв — 30—60 мл жовчі (4—6 пробірок).

Примітка: для своєчасного виявлення порції С уважно стежити за кольором жовчі при отриманні порції В: у разі появи рідини світлого кольору перемістити зонд в іншу пробірку. Позначити порції.

13. Перемістити зонд у наступну пробірку для отримання порції С: за 20—30 хв — 15—20 мл жовчі — прозора, світла, лимонно-жовтого кольору, менш в'язка (1—2 пробірки; мал. 204, є).

14. Вийняти зонд повільними поступовими рухами, протираючи його серветкою.

15. Помістити зонд у дезінфекційний розчин.

16. Зняти рукавички, вимити і висушити руки.

17. негайно доставити усі пробірки в лабораторію з направленням, зазначивши відділення, прізвище, ім'я та по батькові пацієнта (див. бланк).

Примітка:

1. У разі появи крові в дуоденальному вмісті зондування припинити і повідомити лікаря.

2. Якщо немає можливості відправити порції жовчі до лабораторії, додати в кожен пробірник 5—8 крапель 10 % розчину формаліну, який припиняє дію ферментів.
3. Якщо перше зондування не дало позитивних результатів, то перед повторним зондуванням протягом трьох днів пацієнт приймає один раз на ніч по 6 крапель 0,1 % розчину атропіну сульфату за призначенням лікаря.

Надання допомоги у разі можливого ускладнення. Після введення 33 % розчину магнію сульфату в пацієнтів можуть спостерігатися слабкість, запаморочення, серцебиття, зниження артеріального тиску. У такому разі повідомити лікаря і за його призначенням увести внутрішньовенно повільно 10 мл 10 % розчину кальцію хлориду (антагоніст магнію сульфату).

737

Бланк

Дослідження дуоденального вмісту №

Дата проведення _____ Відділення _____

Прізвище пацієнта _____

	Порція А	Порція В	Порція С
Колір	Світло-жовтий, лужна реакція	Темно-оливковий, в'язка	Світло-лимонний, прозора
Мутність			
Слиз			
Мікроскопічне дослідження			
Слиз			
Лейкоцити			
Епітелій			

Можливі проблеми пацієнта

(на прикладі розв'язання ситуаційних задач)

1. Пацієнту Є. із захворюванням травної системи призначено додаткове дослідження методом дуоденального зондування. Але він відмовляється від проведення маніпуляції, пояснюючи, що за попереднього дослідження, 2 міс. тому, виник дуже сильний блювотний рефлекс під час просування зонда. Тактика медичної сестри.

Медична сестра має діяти за планом догляду за пацієнтом, у якого спостерігається блювотний рефлекс на зондові маніпуляції.

План догляду за пацієнтом із блювотним рефлексом на зондові маніпуляції

Дата	Проблема	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строкова	довго-строкова			
29.09.2012 р.	У пацієнта блювотний рефлекс на зондові маніпуляції	Пацієнт не відчуватиме дискомфорт і блювотний рефлекс через 2 дні	У пацієнта не буде цієї проблеми в майбутньому	1. Провести психологічну підготовку пацієнта перед маніпуляцією.	1. Проводила бесіду з пацієнтом про зондові маніпуляції протягом 2 днів по 15 хв.	1.10.2012 р.

				<p>2. Виконувати призначення лікаря.</p> <p>3. Забезпечити комфортний стан і психологічну підтримку пацієнтові під час виконання маніпуляції</p>	<p>Підбрала пацієнтові літературу про виконання зондування. Обговорили її зміст.</p> <p>Познайомила пацієнта з іншими пацієнтами з подібною проблемою та позитивним її рішенням.</p> <p>2.3а призначенням лікаря дала пацієнту засіб проти блювання.</p> <p>3. Навчила пацієнта правильно дихати під час зондування. Перед маніпуляцією дала пацієнту трохи прохолодного пиття. Під час зондування забезпечила психологічну підтримку пацієнтові, вела бесіду, підбадьорювала його</p>	<p>Блювотний рефлекс пригнічено. Мету досягнуто</p>
--	--	--	--	--	--	---

2. Пацієнту С. при захворюванні печінково-жовчної системи призначено сліпе зондування. Але він відмовляється від проведення цієї процедури через страх. При спілкуванні медична сестра виявила, що ані пацієнт, ані його рідні не володіють навичками проведення тубажу.

Медична сестра має діяти за планом, коли пацієнт відмовляється від проведення процедури, та складає план навчання пацієнта методики проведення сліпого зондування (тубажу).

План догляду за пацієнтом, що відмовляється від проведення сліпого зондування (тубажу)

Дата	Проблема пацієнта	Мета		Сестринські втручання	Реалізація плану догляду	Оцінка
		коротко-строкова	довго-строкова			
22.09.2012 р.	Відмова пацієнта від процедури (зондової маніпуляції)	Через 2 дні пацієнт не відмовлятиметься від маніпуляції	Надалі пацієнт не відмовлятиметься від зондових маніпуляцій	<p>1. Провести психологічну підготовку пацієнта перед зондуванням.</p> <p>2. Забезпечити психологічну підтримку пацієнта, по-знайомивши з пацієнтом, який мав таку саму проблему.</p> <p>3. Забезпечити психологічну підтримку пацієнта з боку рідних</p>	<p>1. Проводила бесіди з пацієнтом про потребу зондової маніпуляції тривалістю в 15 хв на день протягом 2 днів.</p> <p>Пояснила пацієнтові хід процедури.</p> <p>2. Познайомила з пацієнтом, який успішно провів сліпе зондування.</p> <p>3. Провела бесіду з рідними пацієнта про потребу переконати його погодитись на маніпуляцію</p>	Через 2 дні пацієнт не став відмовлятися від проведення зондової маніпуляції. Мету досягнуто

740

План навчання методики проведення сліпого зондування (тубажу)

Проблема	Мета	Сестринські втручання
(д) Пацієнт не володіє навичками проведення тубажу	Пацієнт оволодіє навичками проведення тубажу без сторонньої допомоги	<p>1. Дати необхідні рекомендації у вигляді друкованих видань (буклети, пам'ятки тощо).</p> <p>2. Навчити пацієнта необхідних навичок доступними для нього темпами.</p> <p>3. Звернути увагу на таке: — тубаж проводити натще; — прийняти один із жовчогінних засобів (мед, ячні жовтки, сироватку, сорбіт, ксиліт, відвари жовчогінних трав, мінеральну воду); — лягти на правий бік; — підкласти під праве підребер'я теплу грілку, загорнуту в</p>

	<p>рушник або пелюшку; — процедура має тривати до 2 год; — використовувати різні жовчогінні засоби, якщо попередні не дали ефект. <i>Примітка:</i> процедура вважається ефективною, якщо вона справляє проносну дію. 4. Дати можливість пацієнту висловити будь-які занепокоєння, сумніви, побоювання. Відповісти на всі запитання пацієнта. 5. Рекомендувати та заохочувати членів родини допомагати пацієнтові (за згодою пацієнта)</p>
--	--

741

ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. УЧАСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Після вивчення теми студенти мають: **Знати:**

- посадові обов'язки медичної сестри при діагностичних дослідженнях;
- можливі проблеми пацієнта, наприклад страх перед бронхоскопією. Сестринські втручання.

Уміти:

- вибрати призначення на лабораторні та інструментальні дослідження з листка призначень;
- пояснити пацієнту суть дослідження і правила підготовки до нього;
- підготувати пацієнта до рентгеноскопічних і ендоскопічних методів дослідження травної та сечової систем;
- підготувати пацієнта до ультразвукових методів дослідження;
- узяти кров з вени для дослідження (на фантомі);
- узяти мазок із зів'язу і носа та інший біологічний матеріал для бактеріологічного дослідження.

Володіти навичками:

- оформлення направлень на різні види лабораторних досліджень;
- узяття сечі на загальний аналіз, за методами Нечипоренка, Зимницько-го, на глюкозу, ацетон, діастазу;
- визначення добового діурезу, водного балансу;
- узяття мокротиння на загальний аналіз та виявлення мікобактерій туберкульозу;
- узяття калу на копрологічне дослідження, приховану кров, яйця гельмінтів, бактеріологічне дослідження;
- транспортування біологічного матеріалу в лабораторію.

Обов'язки медичної сестри під час досліджень

Діяльність медичної сестри коригують зміни, що відбуваються відповідно до запитів суспільства та умов історичної епохи. Так, сучасна медицина високо технічно оснащена. З'явилися нові методи дослідження пацієнтів, що вимагають від медичної сестри високої компетентності в цій галузі.

Відомо, що застосовують 41 вид досліджень, але найчастіше 30, що специфічні для профілю відділення.

744

- Сучасна кваліфікована медична сестра, яка готує пацієнта до дослідження, має:
- ясно уявляти собі призначене пацієнту дослідження, його діагностичне значення;
 - уміти пояснити пацієнту значущість дослідження, попередити про його тривалість;
 - психологічно підготувати пацієнта до дослідження;
 - методично правильно і вчасно провести підготовку та навчити цьому пацієнта.

Класифікація досліджень за ступенем участі медичної сестри в підготовці до них

1. *Дослідження I групи* вимагають своєчасного попередження пацієнта про час, умови (наприклад, натще та ін.) та місце дослідження. Зазвичай попереджають напередодні увечері.

До цієї групи належать: клінічний аналіз крові; біохімічні дослідження крові, реакція Вассерманна; ЕКГ, ЕхоКГ, ЕЕГ; томографія, рентгенологічне дослідження легень; спірографія; сцинтиграфія; сканування; бронхоскопія; радіонуклідна ренографія.

Медична сестра має звернути особливу увагу на тих пацієнтів, яким призначено дослідження, що рідко виконують. Незрозумілі слова "сканування", "сцинтиграфія", "радіонуклідна ренографія" спричиняють у пацієнтів тривогу, заклопотаність.

Медична сестра має дохідливо пояснити суть дослідження і заспокоїти пацієнта.

2. При *дослідженнях II групи*, крім своєчасного попередження, потрібно чітко проінструктувати пацієнта. До цієї групи належать: загальний аналіз сечі; проба Зимницького; добовий діурез; аналіз мокротиння загальний, на мікобактерії туберкульозу, посів мокротиння, посів сечі, дослідження сечі на глюкозу й ацетон; проба Реберга; аналіз калу на яйця гельмінтів, копрограму; холецистохолангіографію.

Основна помилка медичної сестри полягає в тому, що вона не переконується, чи зрозумів пацієнт її роз'яснення. Варто поставити пацієнту деякі питання, відповіді на які мають переконати в тому, що пацієнт усе зрозумів.

3. *Дослідження III групи*, крім попередження та інструктажу, вимагають багатоденної (частіше триденної) підготовки.

До цієї групи належать: реакція Грегерсена; колоноскопія; іригоскопія; внутрішньовенна ренографія.

Труднощі підготовки пов'язані з відсутністю спеціального лабораторного посуду для збирання як сечі, так і калу.

Неприпустимо зневажати застосування триденної дієти.

4. *Дослідження IV групи* виконує медична сестра — це взяття калу для виявлення збудників кишкових інфекцій, мазків із зів, носа, катетеризація сечового міхура для узяття сечі на дослідження.

745

Медична сестра обов'язково роз'яснює свої дії під час маніпуляції. Таким чином, можна зробити висновки:

1. Медична сестра бере участь у підготовці пацієнта до всіх без винятку призначених досліджень.
2. Медична сестра має володіти знаннями про підготовку понад 40 видів досліджень.
3. Неправильна підготовка до досліджень збільшує вартість лікування і подовжує термін перебування пацієнтів у стаціонарі.

Збирання мокротиння для лабораторних досліджень

Мокротиння — патологічне виділюване органів дихання, що виділяється під час кашлю. До його складу належать слиз, серозна рідина, клітини крові і дихальних шляхів, найпростіші. Щоденно утворюється майже 100 мл бронхотрахеального секрету. Мокротиння зазвичай рідке або водянисте, але може бути густим або тягучим. За зовнішнім виглядом мокротиння розрізняють: слизисте (біле чи опалесцентне, спостерігається при бронхіальній астмі); слизисто-гнійне (незначні зміни забарвлення — при бронхоектазії, пневмонії, му-ковісцидозі), гнійне (густе та тягуче); різного забарвлення: жовте (наявність аеробних та факультативно анаеробних бактерій), темне зелено-коричневе (збудник синьогнійної інфекції), іржаве

(пневмококи, мікоплазма), у вигляді червоного текучого желе (клебсієла), пінисте рожеве або біле вказує на набряк легень; кровохаркання — від червоного (свіжа кров) до темно-коричневого (застійна кров) — трапляється при інфекції, травмі, раку та серцево-судинних захворюваннях; чорне (слизисте мокротиння з чорними вкрапленнями — унаслідок вдихання диму або вугільного пилу).

Для загального клінічного аналізу мокротиння збирають уранці натще, коли в бронхах скупчується найбільша його кількість. Попередньо пацієнт має ретельно почистити зуби і прополоскати ротову порожнину розчином натрію гідрокарбонату, фурациліну (1:5000) або 0,01 % розчином калію перманганату. Потім, відкашлюючись, пацієнт збирає в суху чисту скляну банку 3—5 мл мокротиння (мал. 205).

746

Мокротиння необхідно відправити в лабораторію протягом 2 год з моменту його збирання, адже в разі стояння в ньому розмножується мікрофлора і відбувається лізис (руйнування) клітин.

Мокротиння зберігають у прохолодному місці, найкраще у холодильнику.

Для виявлення мікобактерій туберкульозу методом флотації (осадження) мокротиння збирають протягом 1—3 діб, адже виявляють їх лише в тому разі, якщо кількість в 1 мл мокротиння становить не менше 100 тис. мікобактерій.

Для виявлення збудників запальних захворювань дихальної системи та їхньої чутливості до антибіотиків збирати мокротиння найдоцільніше до початку антибіотикотерапії в стерильні чашки Петрі, заповнені відповідним живильним середовищем — кров'яним агаром, цукровим бульйоном тощо.

Треба пам'ятати, що мокротиння, зібране для виявлення атипичних (пухлинних) клітин, слід негайно відправляти в лабораторію, бо ці клітини швидко руйнуються.

Для одержання достовірних результатів дослідження треба стежити, щоб пацієнт збирав мокротиння, а не слину. Знезаражують мокротиння і посуд шляхом кип'ятіння, автоклавування, використовують дезінфекційні розчини.

Мокротиння заливають водою (води беруть у 2 рази більше, ніж мокротиння), додають натрію гідрокарбонат і кип'ятять протя-

747

гом 1 год. Знезаражують мокротиння в автоклаві за температури 120 °С протягом 30 хв. А за допомогою дезінфекційних розчинів: 5 % розчин хлораміну або хлораміну з активаторами (50 мл хлораміну і 50 г амонію сульфату або амонію хлориду) змішують з 1 л води і заливають ним мокротиння на 2 год. Дезінфекційного розчину беруть у 2 рази більше, ніж знезаражувального матеріалу. Знезаражування триває 4 год.

У разі незначного виділення мокротиння для досліджень використовують мазок, який беруть за допомогою стерильного тампона. Тампон після взяття мазка відразу кладуть у стерильну пробірку, яку щільно закривають стерильним ватно-марлевым корком.

Використання спеціальних стерильних тампонів. Для того щоб узяти мазок із зів'язи та порожнини носа, використовують спеціальні ватні тампони, закріплені на конусі дерев'яної або металевої палички чи дротяної петлі і вставлені в стерильну пробірку (мал. 206, 207).

Такі тампони виготовляють у бактеріологічній лабораторії і вони завжди мають бути у відділеннях стаціонару та кабінетах поліклініки в достатній кількості.

Дослідження сечі

Основні показники сечі у здорової людини. У нормі добова кількість сечі здорової людини в межах 1500 мл. Вона прозора, має бурштиново-жовтий, жовтий або солом'яно-жовтий колір,

нейтральну або слабкокисло реакцію (рН 7,0 — 5,0), густина коливається в широкому діапазоні (1008—1025). У сечі не має бути білка, пігментів, глюкози, кетонів тіл. Осад нормальної сечі незначний з поодинокими клітинами епітелію сечовивідних шляхів, лейкоцитами та малою кількістю солей.

При патології *колір* сечі може бути синьо-зеленого забарвлення при зараженні псевдомонадами або за наявності білірубіну. Молочний відтінок вказує на інфекцію, наявність сперматозоїдів, домішок лімфи або кристалів сечової

748

кислоти (кисла сеча), або нерозчинених фосфатів (лужна сеча). У рожево-червоний колір сеча буває забарвлена за наявності в ній крові, гемоглобіну, міоглобіну, деяких лікарських препаратів, харчових барвників. Помаранчевий (жовтогарячий) колір сечі пов'язують з прийманням рифампіцину або він вказує на збільшення вмісту уробіліношів. Сечу кольору пива спостерігають при хворобі Боткіна, у вигляді м'ясних помиїв — при гломерулонефриті. Коричнево-чорне забарвлення з'являється при алкаптонурії або за наявності міоглобіну.

Прозорість. У нормі сеча прозора або слабкокаламутна. Каламутність сечі може бути спричинена наявністю в ній солей, крові, гною, жиру, мікроорганізмів, слизу.

Запах визначають органолептично. У нормі він специфічний — аміачний. Ацетоновий може бути при цукровому діабеті, ацетонемічному блюванні. При інфікуванні сеча має неприємний запах риби, який з часом збільшується.

Осад у разі відстоювання сечі може як утворюватися, так і не утворюватися. За **його** наявності візуально визначають колір та характер. Колір осаду може бути білим, сірим, рожевим, цегляно-червоним, бурим, зеленувато-жовтим; за характером — аморфним або кристалічним.

Реакцію сечі частіше визначають за допомогою універсального папірця. У нормі сеча має нейтральну або слабкокисло реакцію рН 7,0 — 5,0. На реакцію сечі впливає харчування людини. Так, за споживання переважно м'ясної їжі реакція може бути кислою, рослинної — лужною. Лужна реакція може бути при циститі, після блювання та проносу, розсмоктування набряків та приймання деяких ліків. Кисла — при цукровому діабеті, подагрі, тяжкій нирковій недостатності, гарячці.

Відносна густина. У нормі відносна густина сечі протягом доби коливається від 1008 до 1025. Зменшення її спостерігають при хронічній нирковій недостатності, нецукровому діабеті, піелонефриті, унаслідок усунення набряків. Тимчасове зменшення відносної густини можна спостерігати після вживання великого об'єму рідини, деяких ліків. Підвищення може бути при цукровому діабеті, гострому гломерулонефриті, накопиченні рідини в серозних порожнинах, набряках, проносах, крововтратах.

Збирання сечі для загального клінічного дослідження. Для дослідження використовують 100—200 мл сечі, виділеної вранці натще. Для її отримання пацієнт (чоловік) збирає сечу в чисту скляну банку об'ємом 250—500 мл. Жінка перед сечовипусканням повинна провести туалет піхви. Для збирання сечі доцільно використати чисту банку з широким отвором, з якої сечу переливають у звичайну скляну банку і відправляють у лабораторію. Під час менструації сечу не збирають, або, за крайньої потреби, її отримують за допомогою м'якого катетера. Зібрану сечу відправляють на дослідження. Якщо неможливо це здійснити терміново, то для запобігання псуванню сечу зберігають у прохолодному місці (наприклад, на кахельній підлозі туалетної кімнати).

749

Добову сечу для визначення вмісту глюкози збирають починаючи з 6—7-ї години ранку, після спорожнення сечового міхура, наступні порції сечі пацієнт збирає протягом 24 год у чисту скляну банку (2—3 л). Для запобігання псуванню сечі до неї додають консервуючі речовини (тимол, толуол).

Для дослідження глюкозуричного характеру сечі її збирають у визначений час: перша порція — з 9-ї до 14-ї години; друга — з 14-ї до 19-ї години; третя—з 19-ї до 23-ї години; четверта — з 23-ї до 6-ї години; п'ята порція — з 6-ї до 9-ї години.

Експрес-метод визначення вмісту глюкози в сечі (за допомогою глюкотесту) засновано на специфічному окиснюванні глюкози ферментом глюкозооксидазою. При цьому утворюється зелене забарвлення.

Для дослідження сечі **за методом Каковського — Addisa** збирають її протягом доби; у цьому об'ємі визначають загальну кількість лейкоцитів, еритроцитів і циліндрів.

Його застосовують для визначення кількості формених елементів у сечі, що була зібрана за добу. У нормі за добу із сечею може виділитися до $2 \cdot 10^6$ лейкоцитів, до $1 \cdot 10^6$ еритроцитів та не більш ніж $2 \cdot 10^4$ циліндрів. Особливістю цього методу є те, що сечу треба протягом доби зберігати у прохолодному місці, бо формені елементи сечі при тривалому її стоянні лізуються.

При дослідженні **за методом Нечипоренка** кількість формених елементів визначають в 1 мл сечі, для чого використовують її ранкову порцію. Збирають середню порцію ранкової сечі в чисту пробірку. Після ретельного перемішування 10 мл сечі наливають у градуйовану центрифуну пробірку та центрифугують протягом 5 хв зі швидкістю 1500 об/хв. У пробірці залишають осад та приблизно 1 мл надосадової рідини, ретельно їх перемішують і заповнюють камеру Горяєва. Норма: лейкоцитів — 4000 в 1 мл, еритроцитів — до 1000 в 1 мл, циліндрів немає або не більше одного на 4 великі камери.

Для оцінювання концентраційної і видільної функцій нирок проводять **пробу за методом Зим-ницького**. Збирають сечу окремими порціями протягом доби при звичайному дієтичному і питному режимі — через кожні 3 год в окремі скляні ємкості (мал. 208). У кожній із отриманих 8 порцій визначають кількість сечі і її відносну густину.

Для оцінювання видільної функції нирок визначають добову кількість сечі, співвідношення між денним і нічним діурезом (у відсотках), а також кількість виділеної сечі до вжитої рідини (вона становить 65—85 %).

Про фізіологічні показники концентраційної функції нирок свідчать значні (від 10 до 20 оди-

ниць) коливання густини в різних порціях сечі. У здорової дорослої людини показники видільної функції нирок такі: добовий діурез — 1200—1700 мл, денний діурез становить $\frac{2}{3}$ від добового, нічний — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ від добового діурезу. При здорових нирках густина різних порцій сечі коливається в значних діапазонах (1003—1030). Для бактеріологічного дослідження сечу беруть за допомогою стерильного шприца або піпетки і переносять у стерильний посуд у кількості 15—20 мл. У жінок сечу беруть за допомогою катетера.

Діагностичне значення лабораторного дослідження калу

Таке дослідження дає змогу не лише дати характеристику функціональної здатності органів, а також є об'єктивним тестом для уточнення захворювань травного тракту.

Макроскопічне дослідження калу. Частоту акту дефекації зумовлюють дієта, спосіб життя, психічний стан людини тощо. Колір і консистенція калових мас можуть давати важливу інформацію для діагностики і моніторингу стану пацієнта. Будь-які відхилення від звичайного ритму спорожнення кишок мають бути виявлені та вивчені, адже вони можуть вказати на серйозні порушення (запальний процес) або на злоякісні новоутворення. У температурному листку або сестринській документації має бути вказана інформація про характер калу пацієнта. Незначні макроскопічні зміни медична сестра повинна відмічати і

доповідати про них своєчасно, тому що може виникнути потреба у додатковому обстеженні пацієнта.

У медичній сестринській документації зазначають макроскопічні дослідження калу, які включають визначення кількості, консистенції, форми, кольору, запаху, наявності видимих залишків неперетравленої їжі, патологічних домішок і паразитів.

Кількість калу за добу в нормі за змішаного харчування (відповідно до потреб організму) становить 100—200 г. У разі споживання переважно рослинної їжі може бути понад 200 г.

Кількість калу збільшується при закріпі, спастичному коліті.

Форма в нормі ковбасоподібна. Стрічкоподібний кал буває при пухлині, стенозі в нижньому відділі кишок, спазмі м'яза — замикача (сфінктера) прямої кишки. Рідкий кал свідчить про запальний і функціональний розлад кишок. Повністю рідкий водянистий кал із дрібними пластівцями слизу у вигляді рисового відвару властивий для холерного проносу. Пінистий кал вказує на наявність процесу бродіння.

У багатьох країнах використовують таблицю Бристола за типом:

1. Тверді грудки або кульки у вигляді горіхів (з важким виділенням).
2. У вигляді ковбаски з твердими грудками, які склеєні між собою.
3. У вигляді ковбаски з тріщинами на поверхні.
4. У вигляді ковбаски або змійки, м'якої консистенції, з гладкою поверхнею (норма).
5. У вигляді м'яких грудок або фрагментів (легке виділення).

751

6. Неоформлений, кашкоподібний.

7. Рідкий (без твердих включень).

Колір калу в нормі коричневий, зумовлений наявністю в ньому стеркобілі-ну. Колір калу здорової людини залежить від характеру споживаної їжі. Знебарвлений, сірий, пісочного або кольору глини кал спостерігають при гострому панкреатиті, пухлинах жовчовивідних шляхів та головки підшлункової залози, жовчнокам'яній хворобі. Кал, забарвлений у колір дьогтю (мелена), спостерігають при кровотечі в шлунку, дванадцятипалій кишці або стравоході (при виразці). Чорний колір дає взаємодія крові з травними ферментами. Що нижче за ходом кишок розташовано джерело кровотечі, то виразніше забарвлений кал у червоний колір. Темно-бордовий (марон) колір калу спостерігають при кровотечі з нижніх відділів кишок унаслідок запальних процесів і малігнізації. *Консистенція* випорожнень залежить від ступеня крововтрати. Свіжа яскраво-червона кров на поверхні калу може з'явитися при поліпах, тріщинах, геморої, пухлинах прямої кишки. Ахолічний кал може вказувати на порушення відтоку жовчі. Він сірого кольору, смердючий, глинистої консистенції, збільшений в об'ємі і важко змивається (жирний кал). При використанні препаратів заліза забарвлюється в сірий або чорний колір. Такий кал диференціюють від мелени, що має запах крові.

Гостра діарея може бути при кишковій інфекції або при порушенні харчування, включаючи надмірне вживання алкоголю або жирної їжі. Хронічна діарея — ознака виразкового коліту.

Запах калу в нормі нерізкий. У разі споживання м'ясної їжі він різкіший, ніж у разі споживання рослинної. Гнильний запах можуть спостерігати при розпаді пухлини кишок, гнильній диспепсії.

Домішки, які видно неозброєним оком, знаходять на поверхні калу за допомогою шпателя та голки, а потім відбирають кілька грудочок калу з різних місць, розтирають їх у чашці Петрі з дистильованою водою, вивчають на чорному та білому тлі.

У калі можна виявити такі видимі домішки: сполучну, м'язову тканини, жир, слиз, гній, камені, що утворюються в кишках, жовчовивідних шляхах і підшлунковій залозі (копроліти), гельмінтів (аскарида, волосоголовець, гострик), фрагменти гельмінтів (свинячого та бичачого ціп'яка, широкого стьожака).

Мікроскопічне дослідження калу. При такому дослідженні виявляють м'язові волокна, рослинну клітковину, жирні кислоти, мило, лейкоцити, еритроцити, кишковий епітелій, слиз, яйця гельмінтів.

Бактеріологічне дослідження калу має велике значення для визначення збудників кишкових інфекційних захворювань. Досліджуваний матеріал за можливістю збирають в асептичних умовах у стерильний посуд (стерильною дротяною петлею або тампоном, щільно намотаним на металеву петлю, у стерильну пробірку з консервантом — мал. 209) і швидко доставляють у лабораторію, адже тривале утримування матеріалу призводить до загибелі бактерій і знижує вірогідність їх виявлення.

752

Хімічне дослідження калу. У разі підозри на кровотечу в травному каналі застосовують реакцію на приховану кров. На мазок калу, що нанесений на предметне скло, капають хімічний реактив. Якщо реакція по- ' зитивна, мазок синіє. Залежно від часу реакція оцінюється так: ++++ — різко позитивна; +++ — позитивна; ++ або + — слабкопозитивна.

Збирання калу для копрологічного дослідження. За 4—5 днів до проведення дослідження пацієнт не має вживати препарати заліза, вісмуту, таніну, барію, пілокарпіну, рицинової олії та вазелінового масла, атропіну, беладони, карболену.

Не слід застосовувати ректальні свічки, клізми, теплові процедури на живіт. Якщо пацієнту призначений ліжковий режим, кал спочатку збирають у підставлене під нього сухе судно і стежать за тим, щоб він V те судно не спорожнив сечовий міхур. Потім відбирають потрібну кількість калу в скляний посуд.

Збирання калу для дослідження на яйця гельмінтів (глистів). Якщо пацієнт приймає протиглистяні препарати, потрібно направляти на дослідження всю порцію калу.

Збирання калу на приховану кров. Протягом трьох днів пацієнт дотримує безгемоглобінової дієти. З раціону вилучають м'ясо, рибу, печінку, ікру, гречані крупи, ячні страви, усі зелені овочі, помідори, яблука, гранати. Із лікарських препаратів — препарати заліза, йоду, бромю. Необхідно виключити потрапляння крові з інших джерел кровотечі (носова, кровотеча з ясен, після видаленого зуба). При кровоточивості ясен протягом усього періоду підготовки до дослідження пацієнт не повинен чистити зуби щіткою (можна полоскати рот 3 % розчином натрію гідрокарбонату).

Підготовка пацієнта до рентгенологічного та інструментального досліджень

Види **рентгенологічних досліджень нирок і сечовивідних шляхів** (табл. 51):

а) оглядова урографія (без використання контрастних речовин);

б) внутрішньовенна урографія: внутрішньовенно вводять контрастну речовину, яка виділяється нирками і, насичуючи сечу, робить видимими нирки з мисками і чашечками, сечовід і сечовий міхур;

753

в) ретроградна пієлографія: контрастну речовину вводять через сечовий катетер за допомогою цистоскопа в сечовід або навіть у ниркову миску.

Таблиця 51. Рентгенологічні методи дослідження пацієнтів

Назва мані-пуляції	Мета	Контрастна речовина	Підготовка пацієнта
--------------------	------	---------------------	---------------------

Рентгенологічне дослідження шлунка	Визначення форми, величини, рухомості шлунка, виявлення виразки, пухлини та інших патологічних утворень	Барію сульфат, розведений теплою і перевареною водою (перорально)	1. Дієта протягом 2—3 днів (вилучити чорний хліб, овочі, молоко, бобові). 2. Дослідження проводять натще (забороняється курити, приймати ліки та рідину). 3. Останнє споживання їжі (легка вечеря) напередодні ввечері не пізніше 21:00. 4. Увечері та вранці (за 2 год до дослідження) поставити очисну клізму
Григоскопія	Визначення форми, величини товстої кишки, виявлення органічних захворювань	200 г барію + 1,5 л води у вигляді клізми	1. Протягом 3 днів до дослідження — безшлакова дієта і обмеження споживання вуглеводів (вилучити чорний хліб, картоплю, капусту, яблука, виноград, бобові, молоко), рясне питво (2 л). 2. Для зменшення метеоризму приймати по 2 таблетки карболену 3 рази на добу або 1 склянку теплої відвару ромашки. 3. Перед обідом дати 30—50 мл рицинової олії. 4. Останнє споживання їжі о 18:00. 5. На ніч очисні клізми (інтервал 30—40 хв) до чистих промивних вод. 6. Уранці за 3 год до дослідження дати легкий сніданок (щоб спричинити рефлекторне переміщення вмісту з тонкої кишки в товсту). 7. Через 15—20 хв — перша очисна клізма, через півгодини — друга. 8. За 30—40 хв — поставити газовідвідну трубку. 9. У рентгенкабінеті за допомогою клізми увести барієву суспензію

754

Закінчення табл. 51

Назва маніпуляції	Мета	Контрастна речовина	Підготовка пацієнта
1. Холангіографія. 2. Холецистографія	Дослідження жовчного міхура і печінкових проток, виявлення форми пухлини, каменів	1. Перорально: йопагност, холевід, білітраст. 2. Внутрішньовенно: 20 % розчин білігносту або біліграфіну	1. За два дні до дослідження — безшлакова дієта (вилучити овочі, фрукти, бобові, молоко). • За 12—14 год до дослідження дати всередину контрастний препарат — 12 таблеток по 0,5 г протягом 1 год (кожні 10 хв по 2 таблетки). • Увечері і за 1—2 год до дослідження — очисна клізма. • Дослідження виконують натще. Якщо дослідження проводиться амбулаторно, сніданок пацієнта має бути жовчогінним (два

			яечних жовтки, 20 г сорбіту). 2. Протягом 2 днів — безшлакова дієта. • За 1—2 дні проба на індивідуальну чутливість пацієнта до йодовмісного препарату. • Увечері і за 1—2 год до дослідження — очисна клізма. • У рентгенкабінеті внутрішньовенно вводити 40 мл підігрітого на водяній бані 20 % розчину білігносту або біліграфіну
Оглядова урографія. Внутрішньовенна урографія. Ретроградна пієлографія	Визначення форми, величини, положення нирок і сечовивідних шляхів, виявлення пухлини, каменів	Уротраст, верографін внутрішньовенно, трийодтраст	1. За 2—3 дні до дослідження — безшлакова дієта. 2. Карболен 1 таблетка — при метеоризмі. 3. Напередодні увечері обмежити вживання рідини. 4. Увечері і вранці — очисна клізма. 5. Перевірити індивідуальну чутливість до контрастної речовини

Нирки розміщені позаду очеревини, тому інформаційні результати їх рентгенологічного дослідження одержують тоді, коли в кишках не залишається значного скупчення газів. За три дні до дослідження пацієнтам призначають безшлакову дієту — для зменшення метеоризму (обмежують чорний хліб, молоко, картоплю, капусту,

755

квасоллю, горох). Напередодні (увечері) і вранці в день дослідження, за 2 год до дослідження, ставлять 2 очисні клізми, а якщо потрібно — газовідвідну трубку. Безпосередньо перед дослідженням хворий повинен спорожнити сечовий міхур.

Підготовка до рентгенологічного дослідження шлунка (див. табл. 51) полягає у максимальному звільненні шлунка і кишок від вмісту. Напередодні дослідження пацієнт різко обмежує споживання грубої їжі (хліб, боби, картопля), приймання проносних засобів, аби не утворювались гази, які можуть заважати дослідженню. Останнє споживання їжі напередодні дослідження має бути не пізніше 20:00. Уранці натще безпосередньо перед дослідженням пацієнтові звільняють кишки від калових мас за допомогою очисної клізми. За наявності в шлунку значної кількості рідини, наприклад при пілороспазмі, напередодні дослідження протягом 2 днів промивають шлунок за допомогою зонда. Зондом видаляють також шлунковий вміст безпосередньо перед дослідженням.

Підготовка до рентгенологічного дослідження кишок (див. табл. 51). Упродовж 3—4 днів перед дослідженням із дієтичного раціону пацієнта вилучають продукти, які сприяють газоутворенню (чорний хліб, молоко, капуста, картопля). Напередодні дослідження, не пізніше 20:00, пацієнт має повечеряти (легка вечеря), а о 22:00 ставлять очисну клізму.

Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження жовчного міхура (холецистографія; див. табл. 51). Протягом 2 днів перед дослідженням пацієнт споживає їжу, яка не містить грубу клітковину і не спричинює метеоризм. Напередодні дослідження о 17:00 пацієнт вечеряє 100 г білого хліба, 25 г вершкового масла і двома яєчними жовтками. О 19:00 йому очищують кишки за допомогою очисної клізми. Потім приймає рентгеноконтрастний засіб — 3—3,5 г білітрасту по 1,5 г 2—3 рази кожні 20 хв, або холевід по 1 таблетці кожні 10 хв (усього 6—8 г), які запиває склянкою солодкого чаю. Після приймання засобів лягає на

правий бік. О 20:00 він приймає 100 мл 40 % розчину глюкози. До проведення дослідження не їсть і вночі відпочиває у вільному положенні. Рентгенологічне дослідження проводять натще вранці наступного дня. За 2 год безпосередньо перед дослідженням пацієнтові роблять очисну клізму.

Препарати, які використовують для внутрішньовенної холецисто- і холангіографії: 20 % розчин білігносту або біліграфіну в ампулах. Шал. 2іО.Бронхофіброскоп:

Підготовка до бронхоскопії. Бронхоскопія —

1 - керований дистальний кінець; метод візуального та інструментального дослі-

2 — гнучка частина приладу; 3 — „

корпусприладузокуляромірочка-лення бронхолегеневої системи за допомо-ми керування; 4

- світловідний гою ендоскопів, які вводять у дихальні шляхи

кабель пацієнта.

756

Бронхоскопію і пов'язані з нею ендобронхіальні діагностичні та лікувальні маніпуляції виконують за допомогою жорсткого та гнучкого бронхофіброско-па(мал. 210, 211).

Показання до проведення бронхоскопії: усі види бронхолегеневої патології, яка супроводжується тривалим кашлем (резистентним до протизапальної терапії), кровохарканням, виділенням значної кількості слизового гнійного мокротиння, вогнищеве та дифузне ураження легенів, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, порушення прохідності дихальних шляхів.

Противоказання: некомпенсовані вади серця, тяжка форма гіпертонічної хвороби, шок, аневризма грудної аорти, туберкульоз і перелом шийних хребців, гостре запалення глотки, гортані, кахексія.

Бронхоскопія під загальним наркозом. Напередодні проведення бронхоскопії пацієнту роз'яснюють мету дослідження, у психічно лабільних пацієнтів здійснюють премедикацію транквілізаторами.

У день дослідження пацієнтові очищують шлунок, за можливості — кишки. Має бути спорожненим сечовий міхур. Безпосередньо переднаркозну премедикацію виконують зазвичай внутрішньовенно, вклавши пацієнта на брон-хоскопічний стіл.

Бронхоскопія під місцевим наркозом. Напередодні слід поговорити з пацієнтом, щоб установити з ним контакт і уточнити його психологічний стан. При вираженому неспокої, крім психологічної підготовки, призначають транквілізатори і снодійні засоби. Повторні лікувальні бронхоскопії виконують без премедикації, натще, з попереднім відвіданням пацієнтом санвузла.

Використані бронхоскопи очищують від слизу за допомогою мачули, змоченої у мильному розчині, промивають зовні і всередині циркулюючим струменем бактерицидної рідини (0,5 % спиртовий або водний розчин хлоргексидину-гібітану, 1 % розчин хлориду бензалконію). Добрий ефект дає застосування ультразвукових стерилізаторів.

Підготовка до ендоскопічного дослідження травного каналу (табл. 52). Езофа-

гогастродуоденоскопія. Сучасні гнучкі езофагогастродуоденоскопи дають змогу оглядати слизову оболонку стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, здійснювати прицільну біопсію, одержувати клітинний матеріал для цитологічного дослідження (мал. 212). Крім цього, вони мають пристрій для відсмоктування вмісту шлунка та нагнітання в нього повітря.

Противоказання: звуження стравоходу, виражена серцево-легенева недостатність, аневризма аорти, інфаркт міокарда, інсульт, психічні розлади, різко виражена деформація хребта, загруднинний зоб, варикозне розширення вен стравоходу та його опіки.

757

Дослідження виконують натще. Останнє споживання їжі — увечері о 18-й годині. Напередодні пацієнтові пояснюють, що від його поведінки залежить безпека проведення процедури, заспокоюють його, попереджають, що під час процедури не матиме змоги розмовляти, ковтати слину. Знімають знімні зубні протези. За 3—5 хв до початку дослідження глотку зрошують 1—2 % розчином дикаїну. Пацієнта вкладають на універсальний операційний стіл на лівий бік. Медична сестра контролює положення пацієнта і стежить за його станом. Після дослідження пацієнту впродовж 1 год забороняється їсти, пити, курити. При болю в глотці призначають полоскати 3 % розчином натрію гідрокарбонату.

Колоноскопія. Використання

гнучкого колоноскопа дає змогу вивчати морфологічну картину слизової оболонки товстої кишки і проводити прицільну біопсію на всьому її протязі (мал. 213).

Показання: хронічні захворювання товстої кишки, підозра на поліпи та рак, кишкові кровотечі нез'ясованої причини.

Протипоказання: серцева недостатність II та III ступеня, інфаркт міокарда, гострий тромбоз судин мозку, коматозний стан, шок, гострі захворювання органів черевної порожнини з явищами перитоніту, які потребують хірургічного втручання, гемофілія.

Колоноскопію проводять після ретельного очищення кишок. За 3—4 дні до дослідження призначають безшлакову дієту. Стежать за наявністю щоденних випорожнень. За день до дослідження пацієнтові після обіду (о 15-й годині) призначають випити 30—50 мл рицинової або маслинової олії, увечері ставлять високу очисну клізму. Уранці, за 2 год до дослідження, знову ставлять очисну клізму. Дослідження виконують натще.

Пацієнта вкладають на лівий бік із зігнутими в колінах та підведеними до живота ногами.

Якщо уведення колоноскопа або його просування утруднене,

758

Таблиця 52. Ендоскопічні методи дослідження пацієнтів

Назва маніпуляції	Мета	Підготовка пацієнта
Езофагогастро-дуоденоскопія	Визначення локалізації, характеру, ступеня змін у слизовій оболонці стравоходу, шлунка (з великою точністю). Узяття матеріалу для гістологічного дослідження; діагностування виразкової хвороби, пухлини; контроль результатів лікування. Коагуляція кровоточивих судин, уведення лікарських препаратів, видалення поліпів	1. Напередодні легка вечеря о 18:00. 2. Дослідження вранці натще. 3. Зняти зубні протези, узяти рушник. 4. За 15—20 хв до дослідження провести премедикацію (за призначенням лікаря): розчин промедолу 2 % — 1 мл підшкірно; розчин атропіну сульфату 0,1 % — 0,5 мл підшкірно. 5. Анестезія слизової оболонки ротової частини глотки 2 % розчином тримекаїну шляхом зрошення
Ректоромано-скопія	Дослідження прямої і сигмоподібної кишки. Імовірність виявлення запальних процесів, виразки, геморою, пухлини. Імовірність одержання мазків і зіскрібків з діагностичною метою; біопсія	1. Дослідження вранці натще. 2. За 2 год до дослідження — очисна клізма. 3. Перед дослідженням спорожнити сечовий міхур. 4. Якщо в пацієнта закрепи, за кілька днів до дослідження щоденно давати

		по 50 г рицинової або оливкової олії, поставити очисну клізму напередодні увечері
Колоноскопія	Дослідження вищерозташованих відділів товстої кишки. Імовірність виявлення патологічних змін слизової оболонки товстої кишки, набряку, гіперемії, краплинних крововиливів, ерозії, виразки, поліпів, початкових форм раку, спостереження за доброякісними пухлинами	1. За 3—5 днів — дієта № 4. 2. За два дні дати проносні засоби — рицинова олія (або оливкова олія) 50 г. 3. Увечері напередодні і за 2 год до дослідження — очисна клізма 3—4 л теплої води 37—38 °С (до чистої води). 4. За 25—30 хв до дослідження ввести підшкірно розчин атропіну сульфату 0,1 % — 1 мл, або 1 мл 0,2 % розчину платифіліну гідротартрату і 1 % розчин промедолу, або 2 мл 50 % розчину анальгіну

759

то положення пацієнта змінюють. Його можна повернути на спину, правий бік. Медична сестра весь час стежить за станом пацієнта і за вказівкою лікаря просовує апарат.

Ректороманоскопія. Огляд слизової оболонки прямої та сигмоподібної кишки здійснюють за допомогою ректороманоскопа (мал. 214).

Показання: біль у ділянці прямої кишки, стійкий закреп, особливо в осіб старечого та похилого віку, виділення з прямої кишки слизу та гною, виконання деяких маніпуляцій (змащування тріщин, виразок, видалення поліпів, узяття шматочка слизової оболонки для гістологічного дослідження).

Протипоказання: тяжкий загальний стан пацієнта, гострі запальні та нагнійні процеси в ділянці відхідника, рубцеві звуження прямої кишки.

Напередодні проведення ректороманоскопії пацієнту ставлять 2 очисні клізми (увечері) з подальшим уведенням газовідвідної трубки. Дають легку вечерю (чай, печиво). Вранці знову ставлять 2 очисні клізми з перервою 30 хв і вводять газовідвідну трубку. Інший варіант: увечері ставлять очисну клізму і вранці за 4 год до проведення дослідження ставлять ще одну.

Якщо пацієнт страждає від закрепу, йому впродовж декількох днів перед дослідженням дають проносний засіб (30 мл рицинової олії), щодня ставлять очисну клізму.

Медична сестра проводить підготовку пацієнта, перевіряє інструментарій і допомагає лікареві при проведенні дослідження. Через імовірність витікання

760

промивних вод, які залишилися в кишці, медична сестра готує таз, який підставляє до зовнішнього кінця трубки ректороманоскопа.

Найбільш зручні положення пацієнта для введення ректороманоскопа — колінно-ліктьове та колінно-плечове. Пацієнт стає коліньми на стіл так, щоб його стопи звисали за край стола, і спирається ліктями або плечем на стіл.

Інше положення — лежачи на правому боці з трохи піднятим тазом.

За недостатньої підготовки пацієнта дослідження припиняють і виконують повторну підготовку.

Лапароскопія — огляд органів черевної порожнини та малого таза для розпізнання різних патологічних процесів за допомогою лапароскопа (мал. 215).

Напередодні ввечері та безпосередньо перед дослідженням пацієнтові ставлять очисну клізму. Медична сестра привозить пацієнта на каталці і після дослідження відвозить назад у палату. Треба пам'ятати, що всі ендоскопічні дослідження можуть супроводжуватися ускладненнями: алергійною реакцією на введення анестетиків, кровотечею, непритомністю. Тому медична сестра має стежити за станом пацієнта і за появи якихось несприятливих ознак повідомити лікаря.

Лапароцентез — проколювання черевної стінки за допомогою троакара, яке виконують з діагностичною або лікувальною метою (дослідження та видалення вільної рідини з черевної порожнини).

Для проколювання черевної стінки треба мати троакар діаметром 3—4 мм з гостроконечним мандреном, дренажну гумову трубку завдовжки до 1 м, затискач, шприц ємністю 5—10 мл, 0,25 % розчин новокаїну, посуд для збирання асцитичної рідини, стерильні пробірки, перев'язувальний матеріал, ватні тампони, пінцет, шкірні голки, шовний матеріал, скальпель, лейкопластир.

Лікар і медична сестра, яка йому асистує, надягають шапочки, маски. Руки обробляють, як перед хірургічною операцією, надягають стерильні гумові рукавички. Потрібно забезпечити повну стерильність троакара, трубки і всього інструментарію, який стикається зі шкірою. Пункцію проводять уранці, натще в процедурному кабінеті або перев'язній.

Напередодні пацієнт спорожнює кишки, сечовий міхур. Положення пацієнт під час процедури сидячи, а при тяжкому стані — лежачи на правому боці.

За 30 хв до дослідження вводять 1 мл 2 % розчину промедолу, 1 мл 0,1 % розчину атропіну сульфату підшкірно для премедикації.

Перед пункцією треба переконатися в наявності рідини в черевній порожнині.

Після дезінфекції місця проколювання проводять інфільтраційну анестезію передньої черевної стінки, парієтальної очеревини. Проко-

лювання роблять по середній лінії живота на однаковій відстані від пупка та лобкової кістки або по внутрішньому краю лівого прямого м'яза живота. Шкіру в місці проколювання зсувають лівою рукою назовні, щоб зменшити шар підшкірної жирової клітковини, а правою вводять троакар. Інколи перед уведенням троакара шкіру трохи надрізають скальпелем.

Після проникнення троакара в черевну порожнину його мандрен виймають, і рідина починає вільно витікати. Беруть декілька мілілітрів рідини для аналізу і роблять мазки, потім на троакар насаджують гумову трубку, і рідина витікає в таз.

Рідину слід випускати повільно (1 л протягом 5 хв). З цією метою на гумову трубку періодично накладають затискач. Якщо видалення рідини припинилося внаслідок закриття внутрішнього отвору троакара петлею кишки, обережно натискають на черевну стінку, при цьому кишка зміщується і рідина знову продовжує витікати. За час видалення рідини відбувається різке зменшення внутрішньочеревного тиску, що призводить до перерозподілу кровотоку по всьому організму, що іноді спричинює розвиток судинного колапсу. Для профілактики цього ускладнення під час видалення рідини медична сестра щільно стягує живіт широким рушником нижче місця проколювання.

Після видалення рідини троакар виймають, на шкіру в місці пункції накладають шви (або її щільно заклеюють стерильним тампоном з клеолом), стисну асептичну пов'язку, кладуть на живіт міхур з льодом, призначають суворий ліжковий режим. Ведуть спостереження за пацієнтом і після проведення пункції з метою раннього виявлення вірогідних ускладнень. Серед ускладнень при лапароцентезі слід відзначити такі: флегмона стінки живота внаслідок

порушень правил асептики та антисептики; ушкодження судин черевної стінки з утворенням гематоми черевної стінки або кровотечі в черевну порожнину; ушкодження органів черевної порожнини; підшкірна емфізема стінки живота внаслідок проникнення в неї повітря через проколювання; видалення рідини з черевної порожнини через пункційний отвір, що пов'язано з небезпекою інфікування рани та черевної порожнини.

Підготовка до інструментальних методів дослідження органів травлення. Для діагностики захворювань органів травлення нині широко використовують *ультразвукове дослідження (ехографію)*, застосування якого ґрунтується на тому, що різні середовища організму мають неоднакові акустичні властивості і по-різному відбивають випромінювані апаратом ультразвукові сигнали. За допомогою ультразвукового дослідження можна визначити положення, форму, розміри, структуру різних органів черевної порожнини: печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, виявити пухлини, кісти та ін. Таке дослідження проводять зазвичай натще. Підготовка зводиться до боротьби з метеоризмом, адже скупчення газів у петлях кишок ускладнює ультразвукову візуалізацію органів. Крім уже згадуваних обмежень у дієті з метою усунення метеоризму протягом 2—3 днів перед дослідженням пацієнтам призначають приймання активованого вугілля чи карболену (по 0,5—1 г 3—4 рази на день), а також (за показаннями) — ферментні препарати, наприклад фестал.

762

Підготовка до інструментального дослідження нирок і сечовивідних шляхів.

Ультразвукове дослідження нирок не потребує спеціальної підготовки пацієнта. Однак ехографічний огляд передміхурової залози можливий лише при наповненому сечовому міхурі, для чого пацієнт випиває 400—500 мл води або чаю за 1—2 год до дослідження.

Цистоскопія — огляд порожнини сечового міхура за допомогою введеного в нього цистоскопа.

Напередодні процедури пацієнтові ставлять очисну клізму. Цистоскоп перед застосуванням, з метою запобігання подразнювальній дії спирту, у якому він зберігається, промивають дистильованою водою, протирають 96 % розчином етилового спирту і змащують стерильним гліцерином.

Під час проведення цистоскопії (візуальний огляд слизової оболонки сечового міхура за допомогою спеціального оптичного приладу) також немає потреби в попередній підготовці пацієнта. Визначення показань (макрогемат-урія, підозра на сечокам'яну хворобу, пухлина сечового міхура та ін.), а також протипоказань (гострі запальні захворювання сечівника, передміхурової залози, сечового міхура тощо) у кожному конкретному випадку проводить уролог. Крім діагностичних цілей цистоскопію застосовують для видалення доброякісних пухлин і поліпів сечового міхура, роздроблення каменів (літотрипсія) та ін.

Відповідальність медичної сестри під час участі в лабораторних дослідженнях

Забезпечення якості лабораторного дослідження залежить від правильності проведення всіх його етапів: преаналітичного, аналітичного та постаналітичного.

Преаналітичний етап — підготовка пацієнта до дослідження, узяття біома-теріалу, транспортування та його реєстрування. Відповідальність за цей етап несуть медичні сестри.

Аналітичний етап — це безпосереднє виконання лабораторного тесту, який проводять спеціалісти з лабораторної діагностики.

Постаналітичний етап — проведення розрахунків та доставка результатів дослідження клініцистам. На цьому етапі працюють як спеціалісти лабораторій, так і інші спеціалісти лікувально-профілактичного закладу.

Таким чином, взаємини медичної сестри та медичних працівників лабораторій мають максимально ґрунтуватися на співпраці в єдиному діагностичному процесі. Лише медична

сестра забезпечує дбайливу підготовку пацієнта до лабораторного тесту, правильне зберігання та транспортування біоматеріалу

763

до лабораторії. Лише вона має враховувати різні аспекти позалабораторної частини преаналітичного етапу.

Обов'язкова вимога до лабораторних досліджень — їхня вірогідність. На результати лабораторних досліджень певний вплив мають фізіологічний стан організму, тобто чинники, що формують параметри внутрішнього середовища, або нормальні величини показників, що залежать від техніки взяття, якості інструментарію, посуду, у якій набирають матеріал, а також умов зберігання. Тому потрібно враховувати умови, у яких перебуває пацієнт, і намагатись їх стандартизувати: матеріал брати рано вранці натще в однаковому положенні тіла, враховувати приймання лікарських препаратів, рентгенологічні дослідження тощо.

Правильне визначення обсягу лабораторних досліджень, діагностичних тестів, трактування результатів забезпечують успіх сучасної діагностики, терапії і контроль за її ефективністю. Відомо, що недостовірність результатів лабораторних досліджень багато в чому залежить від порушень та/або незнання правил узяття, зберігання і транспортування біоматеріалу медичним персоналом.

Загальні правила взяття, зберігання та транспортування біоматеріалу. Медична сестра має:

1. Знати, який матеріал слід збирати при тих чи інших захворюваннях для лабораторного дослідження.
2. Уміти:
 - а) пояснити пацієнту мету лабораторного дослідження і отримати його згоду на виконання;
 - б) провести інструктаж пацієнта з підготовки до дослідження і методики взяття матеріалу (якщо виконуватиме самостійно);
 - в) вимити руки;
 - г) підготувати місце згідно з правилами асептики; г) надягти гумові рукавички;
 - д) узяти пробу з дотриманням правил асептики, не кашляти, не чхати, не розмовляти;
 - є) отримати достатню кількість матеріалу. Біологічний матеріал для клініко-біохімічних досліджень, кров необхідно доставляти до лабораторій у найкоротші терміни;
 - є) дотримувати ідентичності умов узяття біоматеріалу (узяття крові натще вранці, пункція ліктьової вени, в однаковому положенні тіла тощо) для забезпечення порівняння результатів лабораторного дослідження.

Дослідження крові: на *коагулограму* — у центрифугальну пробірку з 0,5 мл натрію цитрату набирають кров до 5 мл, доставляють у клінічну лабораторію; на *загальне біохімічне дослідження* — 20 мл; *печінкові проби* — в суху пробірку 5 мл (у клінічну лабораторію); *ниркові проби* — у суху пробірку 5 мл (у біохімічну лабораторію); *ревмопроби* — у суху пробірку 5 мл (у клінічну лабораторію); на *стерильність* — узяття слід проводити до початку антибактеріальної терапії або через 8—10 год після введення лікарського засобу; набирають

764

10 мл крові, поміщають у пробірку з живильним середовищем, пробірку замовляють у бактеріологічній лабораторії; на *ЯІФ* — у суху пробірку 5 мл (у клінічну лабораторію); на *СШД* — у суху пробірку 10 мл (у спеціальну або клінічну лабораторію); на *групу крові і резус-фактор* — 5 мл (у клінічну лабораторію); на *гемоглобін та гематокритне число* — у серологічну пробірку з 0,2 мл гепарину до 2 мл (у біохімічну лабораторію);

ж) заповнити направлення з визначенням профілю лабораторії, мети дослідження;
з) транспортувати матеріал у стерильному контейнері, термосі або ящику для транспортування, який після використання дезінфікують 3 % розчином хлораміну (2 рази шляхом протирання);
і) проконтролювати своєчасність отримання результатів лабораторної діагностики із фіксацією їх у медичних документах пацієнта. 3. Пам'ятати:
а) при взятті венозної крові надмірне тривале стиснення плеча джгутом може призвести до штучного підвищення концентрації загального білка, іму-ноглобулінів, альбуміну, гемоглобіну, кальцію (за рахунок виходу води в тканини), а внаслідок надходження у кров внутрішньоклітинних компонентів можуть зростати рівні калію та фосфатів;
б) кров для визначення глюкози слід збирати у посуд з інгібітором гліколізу (фторидом);
в) при тривалому зберіганні проби крові без відділення еритроцитів збільшуються концентрація калію та активність кислої фосфатази, уміст глюкози знижується тощо.
Інтерференція, тобто втручання стороннього чинника в результати лабораторного аналізу, є однією з причин постійної помилки вимірювання в процесі дослідження. Ця помилка може призводити як до завищення, так і до заниження результатів дослідження. Також може бути причиною наявності у пробі біоматеріалу як ендогенної, так і екзогенної речовини.

Серед чинників *ендогенної інтерференції* виокремлюють:

- 1) гемоліз, тобто руйнування еритроцитів з виходом у рідку частину крові деяких внутрішньоклітинних компонентів — гемоглобіну, ЛДГ (лактатдегідрогеназа), калію, магнію, що спотворює справжні результати визначення вмісту або активності таких компонентів рідкої частини крові, як білірубін, ліпаза, креатинкіназа. Гемоліз може стати результатом механічного або холодового впливу на еритроцити;
- 2) ліпемію (збільшення вмісту в крові жирів), яка також призводить до не-достовірності результатів деяких колориметричних, нефелометричних, турбі-диметричних, ферментних методів дослідження, у тому числі на вміст глюкози, фосфору, сечової кислоти, загального білка, електролітів. Може бути причиною порушення обміну ліпідів, а також звичайного споживання їжі, збагаченої жирами, перед лабораторним дослідженням;

765

3) парапротеїнемію — це поява в крові білків парапротеїнів, що змінює результати визначення фосфатів, сечовини, КК (креатинкінази), ЛДГ, амілази. Спостерігають при мієломній хворобі.

Серед чинників *екзогенної інтерференції* часто можуть бути лікарські засоби, які приймає пацієнт під час обстеження. Вони можуть стати значною перешкодою при оцінюванні результатів лабораторних досліджень. Тому дуже важливо враховувати можливий вплив усіх значущих чинників на результати дослідження. Така інформація має передаватися до лабораторії через бланк лабораторного направлення. Окрім інформації про пацієнта, містить діагноз або клінічну гіпотезу, координати лікаря, дані про медичних сестер, які проводили підготовку до обстеження і взяття біоматеріалу, його зберігання і транспортування до лабораторії із зазначенням умов проведення цих процедур.

Форма запиту лабораторного дослідження (проект)

П.І.Б. пацієнта _____ Вік пацієнта _____

Місце роботи _____

Діагноз чи клінічна гіпотеза _____

Відділення _____

П.І.Б., № телефона лікаря-куратора, що лікує Проведене пацієнту лікування:

— лікарські засоби _____

— лікувальні процедури _____

Перелік запитуваних тестів: _____

Дата і час здачі біоматеріалу _____

Дата і час транспортування _____

Висновок лабораторії _____

Шановний пацієнте!

Якщо Ви зацікавлені в одержанні достовірних результатів дослідження, то просимо Вас відверто відповісти на такі питання:

— дата і час останнього споживання їжі перед проведенням аналізу _____

— перелічіть самостійно прийняті за останні 2 тиж. лікарські засоби (назва, дози, тривалість застосування) _____

— в останні 3 дні перед проведенням аналізу вживали спиртні напої? Дякуємо за співпрацю! Будьте здорові!

Перелік практичних навичок

1. Оформлення направлень до лабораторії, на консультації, процедури.

2. Узяття мазка із зів.

3. Узяття мазка із носа.

766

4. Збирання мокротиння для лабораторного дослідження.

5. Збирання сечі на загальний аналіз.

6. Збирання сечі на дослідження за методами Аддіса — Каховського, Не-чипоренка, Амбурже.

7. Збирання сечі на визначення кількості діастази.

8. Збирання сечі на визначення вмісту глюкози із добової кількості.

9. Проведення проби за методом Зимницького.

10. Посів сечі та жовчі.

11. Збирання калу на загальний аналіз.

12. Збирання калу на бактеріологічний аналіз, яйця гельмінтів, приховану кров.

13. Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження бронхів, шлунка, кишок, жовчовивідних і сечовивідних шляхів.

14. Підготовка пацієнта до ендоскопічних досліджень.

15. Підготовка до плевральної пункції, участь медичної сестри у проведенні пункції.

16. Спинномозкова пункція (люмбальна, поперекова пункція, поперекове проколлювання), участь медичної сестри у проведенні пункції.

17. Підготовка до діагностичної пункції черевної порожнини, участь медичної сестри у проведенні пункції.

Оформлення направлень у лабораторію, на консультації, процедури

У направленні в лабораторію вказати прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, діагноз, мету дослідження, дату, назву лікувального закладу, відділення, номер палати, у разі потреби зазначити час узяття і кількість матеріалу, поставити підпис (медична сестра).

У направленні на консультацію вказати прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, діагноз, мету консультації, назву лікувального закладу, відділення, номер палати, дату, поставити підпис (лікар).

У направленні на процедури вказати прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, діагноз, мету процедури, вік, дату, поставити підпис.

Приклад оформлення бланку направлення

В умовах стаціонару	В умовах поліклініки
Терапевтичне відділення	9 дільниця
9 палата	У бактеріологічну лабораторію
У клінічну лабораторію	
Клінічний аналіз сечі	Мазок із зів та носа на ВВ
І.І.І., 22 роки	П. П. П., 21 рік
Діагноз: обстеження	Домашня адреса: м. Харків, вул. >ї, кв. 6
Дата 25.02.2012 Підпис медичної сестри	Дата 25.02.2012 Прізвище лікаря

767

Узяття мазка із зіва

Мета: обстеження за підозри на дифтерію (мал. 216), виявлення збудника дослідження мікрофлори на чутливість.

Підготувати: стерильні пробірки з тампонами на металевому стрижні шпатель, спиртівку, бланк направлення до лабораторії.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури та отримати згоду на виконання.
2. Надати пацієнтові положення сидячи обличчям до джерела світла і попросити широко розкрити рот.
3. У ліву руку взяти шпатель і пробірку, натиснути шпателем на корінь язика, а правою витягти тампон з пробірки.
4. Провести тампоном по дужках, піднебінних мигдаликах, задній стінці глотки, не торкаючись слизової оболонки ротової порожнини.
5. Мазки беруть на межі ураженої ділянки і здорової слизової оболонки.
6. Обпалити краї пробірки над спиртівкою і обережно ввести тампон, не торкаючись краю пробірки.
7. Заповнити направлення в бактеріологічну лабораторію, вказавши прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, "мазок із зіва", дату і мету дослідження, назву лікувального закладу.
8. Не пізніше ніж за 2 год матеріал відправити в бактеріологічну лабораторію.

Примітка: мазки не можна брати після їди і полоскання рота дезрозчином.

Узяття мазка із носа (мал. 217)

Мета: виявлення збудника, дослідження мікрофлори на чутливість. *Підготувати:* стерильні пробірки з тампонами на металевому стрижні, шпатель, спиртівку, бланк направлення в лабораторію. *Послідовність дій*

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Надати пацієнтові положення сидячи, голову трохи відхилити назад.

768

3. Взяти пробірку в ліву руку і трохи підняти кінчик носа, а правою дістати тампон; обертальними рухами ввести тампон у нижню частину носового ходу з одного боку, потім з іншого.
4. Обпалити краї пробірки над спиртівкою і обережно ввести тампон у пробірку, не торкаючись її країв.
5. Написати направлення і відправити пробірку в бактеріологічну лабораторію.
6. Відповідь надійде через 72 год.

Примітка: мазки не можна брати після їди і полоскання рота дезрозчином.

Збирання мокротиння для лабораторного дослідження

Мета: виявлення збудників.

Показання: захворювання легень.

Підготувати: бланк направлення, стерильну чашку Петрі, суху скляну банку, розчин фурациліну (1:5000).

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.

А. Збирання мокротиння для загального клінічного аналізу

1. Мокротиння збирають уранці натще.
2. Пояснити пацієнтові, що перед збиранням мокротиння він має ретельно почистити зуби, прополоскати ротову порожнину водою, а потім розчином фурациліну (1:5000) чи блідо-рожевим розчином калію перманганату.

3. Після відкашлювання (не відхаркування) пацієнт має зібрати не менше 3—5 мл свіжого мокротиння в скляний сухий посуд із прикріпленим направленням.
4. Мокротиння слід направити в лабораторію в контейнері не пізніше ніж за 2 год з моменту збирання (тривале зберігання призведе до розмноження мікробної флори та руйнування клітинних елементів).

Б. Збирання мокротиння для бактеріологічного дослідження та виявлення чутливості до антибіотиків

(проводиться перед початком антибіотикотерапії)

1. Перед збиранням мокротиння пацієнт вранці натще має почистити зуби, прополоскати ротову порожнину блідо-рожевим розчином калію перманганату або 2 % розчином натрію гідрокарбонату.

769

2. Відкашляти і сплюнути мокротиння в стерильну чашку Петрі або стерильну склянку.
3. Під час збирання мокротиння пацієнт не має торкатися країв стерильного посуду руками й губами, а після спльовування посуд слід негайно закрити стерильною кришкою.

В. Збирання мокротиння для виявлення мікобактерій туберкульозу

1. Мокротиння протягом доби слід збирати в суху чисту плевальницю. Зберігати в прохолодному місці.
2. Якщо мокротиння виділяється мало, потрібно збирати його впродовж 3 днів.
3. Добовий аналіз слід збирати протягом 1 доби в один великий посуд — плевальницю (мал. 218).
4. Оформити направлення і відправити матеріал до бактеріологічної лабораторії.

Збирання сечі на загальний аналіз

Мета: діагностична.

Підготувати: чистий сухий скляний посуд, бланк направлення.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Уранці, після сну, підмити пацієнта.
3. Зібрати у посуд повну порцію ранкової сечі.
4. Написати направлення і не пізніше ніж через 1 год відправити сечу до лабораторії.

Примітка: у жінок у період менструації сечу беруть катетером.

Збирання сечі на дослідження за методами Аддіса — Каховського, Нечипоренка, Амбурже

Мета: визначення формених елементів у сечі.

Показання: дослідження, захворювання нирок.

Підготувати: чистий сухий скляний посуд, бланк направлення.

Послідовність дій

Пояснити пацієнту мету і хід процедури, отримати згоду на її виконання.

А. Дослідження за методом Аддіса — Каховського

(визначення кількості формених елементів у добовій сечі)

1. Сечу слід збирати за 10 нічних годин, кількість — 100—200 мл.
2. О 22-й годині пацієнт має спорожнити сечовий міхур і впродовж ночі не ходити в туалет; якщо пацієнт протягом ночі виділяє сечу, її потрібно збирати

770

у визначений посуд, додавши 4—5 крапель формальдегіду, щоб запобігти розпаду формених елементів.

3. О 8-й годині ранку, після підмивання пацієнта, зібрати сечу у скляний посуд.

4. З направленням відправити до клінічної лабораторії.

Примітка: у здорової людини за добу із сечею може виділятися до 2 млн лейкоцитів (2×10^6 /добу), до 1 млн еритроцитів (БІОУдобу), до 20 000 циліндрів (2×10^4 /добу).

Б. Дослідження за методом Нечипоренка

(визначення кількості формених елементів в 1 мл осаду сечі)

1. Сечу можна збирати у будь-який час доби, краще вранці, після підмивання пацієнта; треба взяти середню порцію сечі не менше 2—3 мл.

2. З направленням відправити до лабораторії.

Примітка: у здорової людини в 1 мл осаду сечі міститься до 2000 лейкоцитів і 1000 еритроцитів.

В. Дослідження за методом Амбурже

(визначення кількості формених елементів із сечею протягом 1 хв)

1. Сечу потрібно збирати впродовж 3 год.

2. Уранці нічну порцію слід вилити в туалет, відмітити час і через 3 год після підмивання пацієнта зібрати сечу.

3. З направленням відправити до лабораторії 100—200 мл.

Примітка: у здорової людини за 1 хв виділяється до 2000 лейкоцитів та до 1000 еритроцитів.

Збирання сечі на визначення кількості діастази

Мета: діагностична.

Підготувати: чистий сухий скляний посуд на 200 мл, мірний циліндр, бланк направлення.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури, отримати згоду на її виконання.

2. Уранці нічну порцію сечі вилити в унітаз.

3. Наступну порцію сечі збирати у підготовлений посуд і в теплому вигляді доставити з направленням до лабораторії (100—150 мг).

4. Дослідження потрібно провести одразу, тому слід попередити лаборанта.

Збирання сечі для визначення вмісту глюкози із добової кількості

Мета: діагностична.

Підготувати: чистий сухий скляний посуд з кришкою на 2000—5000 мл та 200 мл, паличку, мірний циліндр, бланк направлення.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури, отримати згоду на її виконання (збирання сечі проводять при звичайному водно-харчовому та руховому режимі протягом доби).

771

2. О 6-й годині ранку пацієнт спорожнює сечовий міхур.

3. Усю наступну сечу протягом доби пацієнт збирає в один посуд до 6-ї години ранку наступного дня.

4. Медична сестра розмішує сечу скляною паличкою і вимірює загальну її кількість; 100—150 мл відправляє з направленням до біохімічної лабораторії; у направленні зазначає загальну кількість сечі за добу.

Проведення проби за методом Зимницького

Мета: визначення денного, нічного, добового діурезу, густини сечі у кожній з 8 порцій.

Показання: дослідження функціонального стану нирок пацієнта.

Підготувати: 8 чистих сухих банок з етикетками із зазначенням: порядкового номера; прізвища, ім'я, по батькові пацієнта, номера палати, проміжку часу, за який збирають сечу; циліндр, урометр, бланки.

Послідовність дій

1. Напередодні пояснити пацієнтові порядок проведення проби.
2. Лікарняний, питний режими і харчування залишаються без змін.
3. Зважити пацієнта перед пробою і після неї.
4. У день дослідження о 6-й годині пацієнт спорожнює сечовий міхур в унітаз, а потім послідовно через 3 год протягом доби збирає сечу у відповідну банку:
№ 1 — з 6-ї до 9-ї години № 5 — з 18-ї до 21-ї години № 2 — з 9-ї до 12-ї години № 6 — з 21-ї до 24-ї години № 3 — з 12-ї до 15-ї години № 7 — з 00-ї до 3-ї години № 4 — з 15-ї до 18-ї години № 8 — з 3-ї до 6-ї години
5. Серед ночі пацієнта слід розбудити, якщо сечі немає — банка залишається порожньою, якщо пацієнт спорожнює сечовий міхур додатково, тоді додається ще один посуд, на етикетці якого зазначено порядковий номер проби з позначкою "додаткова".
6. Уранці наступного дня виміряти об'єм сечі, визначити густину в кожній із 3 порцій, денний і нічний діурез.
7. Для визначення об'єму сечу з банок вилити в мірний циліндр.
8. Занурити уrometer у сечу, визначити густину її за нижнім рівнем меніска поверхні сечі проти поділки шкали уromетра (див. мал. 208, б).
9. Проба за методом Зимницького за нормальної функції нирок (співвідношення кількості сечі та кількості випитої рідини 2:3, співвідношення денного та нічного діурезу 2:1).
10. Значення проби Зимницького: у здорової людини густина сечі у різних порціях дає значні коливання (1012—1025), кількість сечі в них також змінюється (250—80 мл), денний діурез перевищує нічний (2/3—3/4 від добового). При недостатності нирок виявляється ніктурія (переважання нічного діурезу) і рівномірність у співвідношенні коливань густини та кількості сечі в окремих порціях.

772

П.І.Б. пацієнта	<i>Зразок (нормальні показники) Дослідження сечі за методом Зимницького</i>			
Відділення	палата			
	<i>№ порції</i>	<i>Час збирання, год</i>	<i>Кількість, мл</i>	<i>Відносна густина</i>
	1	6—9	220	1014
	2	9—12	250	1012
	3	12—15	200	1015
	4	15—18	230	1013
	5	18—21	200	1015
	6	21—24	150	1018
	7	0—3	80	1025
	8	3—6	130	1019
Діурез за день 900 мл. Діурез за ніч 560 мл Діурез за добу 1460 мл Дата Підпис				
П.І.Б. пацієнта	<i>Зразок (недостатність функції нирок) Дослідження сечі за методом Зимницького</i>			
Відділення	палата			

№ порції	Час збирання, год	Кількість, мл	Відносна густина
1	6—9	70	1012
2	9—12	100	1012
3	12—15	95	1013
4	15—18	110	1011
5	18—21	130	1013
6	21—24	180	1008
7	0—3	150	1011
8	3—6	200	1012

Діурез за день 375 мл. Діурез за ніч 660 мл
 Діурез за добу 1035 мл Дата
 Підпис

773

Посів сечі та жовчі

Мета: дослідження, виявлення збудників.

Показання: захворювання органів сечової системи, легень, печінки. *Підготувати:* стерильні пробірки, спиртівку, бланк направлення, стерильну чашку Петрі. *Послідовність дій*

Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання. *А. Посів сечі*

1. Підмити пацієнта, попросити спорожнити сечовий міхур (сечу також можна взяти методом катетеризації).

2. Швидко розкрити пробірку і зібрати в неї 10 мл сечі із середньої порції струменя.

3. Закрити пробірку корком, не торкаючись ним нестерильних поверхонь.

4. Приклеїти етикетку і відправити пробірку до бактеріологічної лабораторії. *Примітка:* не можна наповнювати пробірку повністю, оскільки через промокший корок у пробірку можуть потрапити бактерії. *Б. Посів жовчі* (проводиться в процесі дуоденального зондування)

1. Вийняти корок з пробірки.

2. Підвести пробірку під зонд, не торкаючись його країв, набрати потрібну кількість жовчі (4—5 мл).

3. Провести краї пробірки над спиртівкою і закрити пробірку.

4. Приклеїти етикетку, відправити до лабораторії.

Збирання калу на загальний аналіз

Мета: діагностична.

Підготувати: чистий сухий скляний посуд, бланк направлення, шпатель або паличку.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.

2. Після акту дефекації взяти шпателем або паличкою кал з кількох місць у скляний посуд.

3. Написати направлення і відправити матеріал до клінічної лабораторії.

Збирання калу на бактеріологічний аналіз, яйця гельмінтів, приховану кров

Мета: виявлення збудника, гельмінтів, шлунково-кишкові кровотечі.

Показання: дизентерія, ентероколіт, глистяна інвазія.

Підготувати: стерильну пробірку із консервантом і металевою петлею, чашки Петрі з живильним середовищем, клейонку, серветку, бланк направлення, суху скляну посудину, паличку або шпатель (мал. 219, а).

774

Послідовність дій

Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.

А. Збирання калу на бактеріологічний аналіз

1. Укласти пацієнта на лівий бік, ноги дещо зігнуті в колінах, підведені до живота.
2. Під сідниці пацієнта підкласти клейонку.
3. Лівою рукою за допомогою серветки розсунути сідниці, а правою дістати тампон з пробірки на металевому стрижні і ввести його обертальними рухами в пряму кишку на 6—10 см (мал. 219, б, в).
4. Витягти тампон і зробити посіви на чашку Петрі методом "штриха".
5. Тампон помістити у пробірку з консервантом (мал. 219, з).
6. У стаціонарі кал можна взяти із судна відразу після акту дефекації.
7. Матеріал відправити з направленнями до бактеріологічної лабораторії не пізніше ніж за 12 год.

Б. Збирання калу на яйця гельмінтів

1. Після акту дефекації взяти паличкою кал з кількох місць (30—50 г) у скляний посуд.

Примітка: у дні приймання антигельмінтних препаратів на дослідження відправляють усю порцію калу.

8. Для виявлення прихованої крові

1. За 3 дні до дослідження виключити із харчування м'ясо, рибу, зелені овочі, помідори, печінку, ікру, гречані крупи, яєчні страви, яблука, гранати, лікарські засоби, що містять залізо, бром, йод.
2. У період підготовки припинити чистити зуби щіткою для запобігання кровотечі із ясен, полоскати рот 3 % розчином натрію гідрокарбонату.
3. На 4-й день узяти у чистий сухий посуд 5—10 г калу з різних місць (після акту дефекації).
4. Відправити до клінічної лабораторії з направленням.

Примітка: зберігання матеріалу до відправлення в бактеріологічну лабораторію можливе в термостаті за температури 37 °С.

775

Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження бронхів, шлунка, кишок, жовчо- і сечовивідних шляхів

Мета: обстеження. *Послідовність дій*

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури й отримати згоду на її виконання.

А. Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження бронхів

1. Дослідження проводять натще, останнє споживання їжі (легка вечеря) має бути не пізніше 18:00 години.
2. Уранці, у день дослідження, заборонено курити, приймати ліки та вживати рідину.

Б. Підготовка пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунка, кишок

1. Протягом 2—3 днів до дослідження вилучити з раціону чорний хліб, молоко, бобові, овочі, фрукти, тобто ті продукти, що спричиняють метеоризм і велику кількість шлаків.
2. Дослідження проводять натще, останнє споживання їжі (легка вечеря) має бути не пізніше 18-ї години.
3. Уранці, у день дослідження, заборонено курити, приймати ліки та вживати рідину.
4. Увечері та вранці за 2 год до дослідження поставити очисну клізму.
5. При накопиченні рідини та слизу у шлунку і дванадцятипалій кишці за призначенням лікаря у пацієнта видалити шлунковий вміст через зонд, за потреби промити шлунок.
6. Іноді за призначенням рентгенолога пацієнту підшкірно вводять 0,5—1 мл 0,1 % розчин атропіну сульфату для усунення спазмів і посилення перистальтики шлунка.

776

7. У рентгенкабінеті пацієнт приймає всередину барію сульфат, розведений теплою перевареною водою.

8. При дослідженні кишок напередодні призначають 30 г рицинової олії, а ввечері і вранці — по 2 очисні клізми з інтервалом 1 год.

В. Підготовка пацієнта до дослідження жовчовивідних шляхів

1. Напередодні протягом 2 днів перед дослідженням з раціону вилучити фрукти, боби, молоко.

2. Збільшити денну норму цукру до 100 г.

3. Напередодні: о 9-й годині пацієнт з'їдає 100 г сиру; о 12-й годині — 20 г вершкового масла або 100 г сметани, 50 г білого хліба, запиває 100 мл теплої перевареної води; о 17-й годині — 2 сирих курячих жовтки; о 19-й годині — очисна клізма з відходженням чистої води.

4. Після очисних клізм пацієнт приймає перорально йодовмісний контрастний препарат білітраст (білігност, холевід, біліграфін) із розрахунку 4 г препарату на 15—20 кг маси (12 таблеток по 0,5 г протягом 1 год, тобто кожні 10 хв по 2 таблетки, і запиває їх солодким чаєм з дрібною двовуглекислою содою, розчином глюкози або мінеральною водою без газу), після приймання контрастної речовини пацієнт має полежати на правому боці протягом 1-2 год.

5. Уранці пацієнт іде натще в рентгенкабінет, узявши із собою 2 сирих курячих яйця.

6. Роблять знімок жовчного міхура, потім він з'їдає 2 сирих жовтки або застосовують внутрішньовенно 20 % розчин білігносту (біліграфіну).

7. Пацієнт протягом двох днів дотримує безшлакової дієти.

8. Перед дослідженням за 1—2 дні роблять пробу на індивідуальну чутливість пацієнта до йодовмісного препарату. З цією метою вводять внутрішньовенно 1 мл препарату з тест-ампули, розчинивши його в 5—10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Якщо з'явилися ознаки негативного сприйняття препарату (кашель, нежить, підвищення температури тіла, висипання, сльозотеча), дослідження можна проводити. Якщо з'явилися ознаки негативного сприйняття препарату, необхідно негайно поінформувати лікаря.

9. Увечері та вранці за 2 год до дослідження поставити очисну клізму.

10. За відсутності алергії безпосередньо перед дослідженням внутрішньовенно в рентгенкабінеті вводять 40 мл підігрітої на водяній бані контрастної речовини (20 % розчин білігносту або біліграфіну).

11. Якщо тест-ампули відсутні, то за призначенням лікаря розкривають ампулу розчину білігносту чи біліграфіну на 10 мл або 20 мл, набирають з неї 1 мл препарату в 5—10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, пробу роблять за 3—4 год до дослідження. За відсутності алергії безпосередньо перед рентгенологічним дослідженням вводять 40 мл контрастної речовини внутрішньовенно повільно.

777

Г. Підготовка пацієнта до дослідження сечовивідних шляхів

1. Протягом 3 діб пацієнт має дотримувати безшлакової дієти з малою кількістю солі, що складається переважно з жирів і білків.

2. Увечері та вранці за 2 год до дослідження поставити очисну клізму.

3. Підготовка пацієнта до оглядової урографії: безпосередньо перед дослідженням пацієнт має спорожнити сечовий міхур.

4. Підготовка пацієнта до внутрішньовенної урографії: — за 2—3 дні до дослідження зробити пацієнтові внутрішньовенну пробу на індивідуальну чутливість до йодумісних препаратів за допомогою тест-ампули;

— за відсутності ознак йодизму перед процедурою в рентгенкабінеті пацієнту ввести за призначенням лікаря внутрішньовенно повільно контрастну речовину — верографін 60—70 % (20—30 мл).

Примітка: за 1—2 дні до дослідження проводять пробу на чутливість до верографіну — 1 мл внутрішньовенно. Для дослідження кишок у рентгенкабінеті пацієнтові ставлять контрастну клізму: 200 г барію на 1 л перевареної води.

Підготовка пацієнта до ендоскопічних досліджень

Мета: діагностична і лікувальна.

Показання: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, захворювання сечового міхура, сечової системи, кишок.

Протипоказання: рубцеві зміни стравоходу, прямої кишки, сечівника, травматичні ушкодження досліджуваних органів, гострі запальні процеси в них.

Підготувати: рушник, фіброгастроскоп, ректороманоскоп, цистоскоп, стерильний матеріал, вазелінове масло, засоби для премедикації, шприци, рицинову олію, індигокармін, розчин новокаїну.

Послідовність дій

А. Фіброгастроскопія

1. Пояснити пацієнту мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Попередити пацієнта, що вечера має бути легкою і не пізніше 18-ї години.
3. Поінформувати пацієнта, що дослідження проводять уранці натще; має принести рушник.
4. Перед дослідженням видалити знімні зубні протези.
5. За призначенням лікаря в разі потреби провести премедикацію пацієнту: 2 % розчин промедолу — 1 мл; 0,1 % розчин атропіну сульфату — 1 мл внутрішньом'язово за 30 хв до дослідження.
6. Підготувати предметне скло і пробірки для цитологічного дослідження, біопсії.

778

Б. Ректороманоскопія

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. За 3 дні до дослідження з раціону вилучити страви, які стимулюють газоутворення.
3. Напередодні увечері дати пацієнту 30 г рицинової олії.
4. Увечері і вранці за 2 год до дослідження поставити по 2 очисні клізми з інтервалом 1 год.
5. Провести премедикацію пацієнту: 2 % розчин промедолу, 0,1 % розчин атропіну сульфату по 1 мл внутрішньом'язово за 30 хв до дослідження.

В. Цистоскопія

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Підготувати індигокармін для внутрішньовенного введення під час дослідження.
3. За 5 хв до дослідження в сечівник ввести 2 % розчин новокаїну для знеболювання.
4. Після процедури пацієнт має кілька годин дотримувати ліжкового режиму.
- ч. після процедури пацієнт має кілька годин *і Можливі ускладнення:* блювання, кровотеча, ушкодження слизових оболонок, судинна недостатність.

Підготовка до плевральної пункції, участь медичної сестри у проведенні пункції

Мета: діагностична, лікувальна.

Показання: наявність рідини у плевральній порожнині.

Протипоказання: судинна недостатність.

Підготувати: шприц Жане, апарат Потена або Титаренка, систему трубок, голку на 3—10 см, шприц на 20 мл, голки, 0,5 % розчин новокаїну, йодну настойку, розчин етилового спирту, клеол, стерильні серветки, кульки, пробірки, затискач, спиртівку.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Усадити пацієнта "верхи" на стільці (мал. 220), хворим боком до світла, з нахилом у здоровий бік.
3. Широко обробити місце проколювання йодною настойкою, потім спиртом.

4. Під час пункції допомагати лікарю, стежити за герметичністю системи, дотриманням правил асептики, станом пацієнта.
5. Зібрати рідину на аналіз, посів.
6. Після пункції обробити місце проколювання йодонатом.
7. Покласти стерильну серветку, зробити наклейку.
8. Пацієнта транспортувати в палату на каталці.
9. Стежити за станом пацієнта.
10. Відправити рідину до лабораторії з направленням.

Можливі ускладнення: судинна недостатність, кровохаркання, поранення і нагноєння тканин у місці проколювання, емпієма плеври.

Спинномозкова пункція (люмбальна, поперекова пункція, поперековий прокол), участь медичної сестри у проведенні пункції

Показання: діагностична чи лікувальна мета, спинномозкова анестезія.

Протипоказання: гнійний процес у ділянці хребта, септичні захворювання без ураження нервової системи.

Підготувати: голку для проколювання (завдовжки 9—12 см, діаметром — 0,5—1 мм, зі скошеним під кутом 45° гострим краєм і добре підігнаним ман-дреном), йодну настоянку, 0,5 % розчин новокаїну, 20,0 шприц, голки, стерильні серветки, кульки, клеол, пробірки, затискач.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Пацієнта укласти на бік на жорстку поверхню так, щоб його спина була максимально вигнута дозад, а голова притиснута до грудей. Ноги зігнуті в колінах і підведені до живота.
3. Широко обробити місце проколювання йодною настоянкою, потім спиртом.
4. Проколювання виконує лікар.
5. Під час пункції медична сестра допомагає лікарю, стежить за дотриманням правил асептики, станом пацієнта.
6. Для дослідження набирають 1—2 мл рідини, а за потреби — більшу кількість.
7. Після пункції обробити місце проколу йодом, покласти стерильну серветку, зробити наклейку. Стежити за станом пацієнта.
8. Після пункції пацієнт має впродовж 1—2 год лежати на животі і 2—3 доби дотримувати ліжкового режиму.
9. Рідину відправити до лабораторії з направленням.

Можливі ускладнення: головний біль, запаморочення, біль у ділянці хребта. Тяжким ускладненням спинномозкової пункції є вклинювання мозкового стовбура в тенторіальний або великий отвір потиличної кістки.

Підготовка до діагностичної пункції черевної порожнини, участь медичної сестри у проведенні пункції

Показання: евакуація рідини з черевної порожнини (ексудату, трансудату), уведення кисню в черевну порожнину.

780

Підготувати: стерильний троакар, obturator, скальпель, голки та шприци для місцевої анестезії, 1—2 % розчин новокаїну, йодну настоянку, розчин етилового спирту, стерильну

хірургічну голку, шовк, голкотримач, посуд для випущеної рідини, широкий рушник, перев'язувальний матеріал; клеол.

Послідовність дій

1. Пояснити пацієнтові мету і хід процедури та отримати згоду на її виконання.
2. Уранці напередодні дослідження пацієнтові поставити очисну клізму.
3. За 20—30 хв до дослідження ввести підшкірно промедол.
4. Безпосередньо перед процедурою спорожнити сечовий міхур.
5. Посадити пацієнта на стілець так, щоб його спина щільно прилягала до спинки стільця, а долоні впирались у сидіння.
6. Поставити між ногами таз.
7. Лікар миє руки, як перед операцією.
8. Обробити шкіру живота на відстані від пупка до лобка.
9. Визначити місце проколювання (по середній лінії на середині відстані від пупка до лобка).
10. Провести місцеву анестезію.
11. Надсікти шкіру скальпелем на 0,5—1 см.
12. Обертальним рухом проколоти стилетом черевну стінку.
13. Після того як троакар увійшов у черевну порожнину, видалити стилет і зібрати рідину, яка виливається.
14. При зменшенні струменя перетягти живіт великим рушником.
15. Видалити троакар.
16. Обробити місце проколювання розчином йоду або спирту.
17. Накласти 1—2 шви.
18. Накласти стерильну серветку, зробити наклейку.
19. Отриману при пункції рідину направити до лабораторії.

Можливі проблеми пацієнта

План навчання пацієнта правилам збирання мокротиння

Проблема	Мета	Сестринські втручання
(д) Пацієнт не володіє достатніми навичками збирання мокротиння	Пацієнт оволодіє необхідними навичками збирання мокротиння без сторонньої допомоги	1. Напередодні збирання мокротиння для аналізу навчити пацієнта правилам збирання мокротиння доступними для нього темпами. 2. Звернути увагу на таке: а) збирання мокротиння проводити вранці, натще, коли воно накопичується в бронхах у великій кількості; б) перед збиранням мокротиння ротову порожнину потрібно старанно прополоскати 2 % розчином натрію гідрокарбонату, розчином фурациліну (1:5000) або 0,01 % розчином калію перманганату;

		<p>в) після полоскання ротової порожнини пацієнт, відкашлюючись, збирає в суху чисту плевальницю (або чисту банку) 3—5 мл мокротиння; г) мокротиння для бактеріологічного дослідження чи для визначення чутливості до антибіотиків збирають у стерильну чашку Петрі, не торкаючись її країв ротом чи руками, та відразу закривають кришкою; г) зібране мокротиння потрібно доставити в лабораторію не пізніше ніж за 2 год з моменту збирання. 3. Якщо у пацієнта виникнуть запитання, дати на них вичерпну відповідь. 4. Тяжкохворим зібрати мокротиння можуть допомогти близькі чи родичі. 5. Для визначення добової кількості мокротиння пацієнтові виділяють сухий чистий посуд відповідного об'єму зі щільною кришкою без дезінфекційного розчину</p>
--	--	--