

Т. О. Антропова

# МЕДСЕСТРИНСТВО В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ



МЕДИЦИНА

ББК 51.1 (4 Укр) 2я73

А64

УДК 614.258

У підручнику розглянуто питання організації первинної медико-санітарної допомоги, етико-правові проблеми в роботі сімейної медсестри. Подано облікову і звітну документацію на дільниці сімейної медицини.

Проаналізовано роль сімейної медсестри у формуванні здорового способу життя пацієнтів, профілактиці захворювань у дітей. Описано сучасні аспекти догляду за пацієнтами з ВІЛ і хворими на СНІД, організацію допомоги безнадійним пацієнтам.

За кредитно-модульною системою наведено тести, ситуаційні задачі для самоконтролю і відповіді до них.

Для студентів вищих медичних навчальних закладів I—III рівнів акредитації.

**Рецензенти:** *І.Л. Кляритська*, д-р мед. наук, зав. кафедри терапії і сімейної медицини ФПО Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського; *О.І. Колісніченко*, заслужений лікар України, терапевт вищої категорії, головний позаштатний спеціаліст МОЗ АРК з амбулаторно-клінічної допомоги і сімейної медицини

ISBN 978-966-8144-71-4

© Т.О. Антропова, 2008

© Видавництво «Медицина», 2008

---

## ЗМІСТ

<b>1</b> <b>Поняття про сімейну медицину</b> .....	12
<b>Становлення і розвиток сімейної медицини у світі</b> .....	13
<b>Організація первинної медико-санітарної допомоги у Великобританії</b> .....	14
<b>Організація первинної медико-санітарної допомоги в Канаді</b> .....	15
<b>Організація первинної медико-санітарної допомоги у країнах Центральної і Східної Європи</b> .....	16
<b>Організація первинної медико-санітарної допомоги в Україні</b> .....	18
<b>Етико-правові проблеми в роботі сімейної медсестри</b> .....	19
<b>Історія. Регламентувальні документи</b> .....	19
<b>Проблеми релігії і сімейна медсестра</b> .....	21
<b>Сімейна медсестра і ставлення до смерті</b> .....	23
<b>Професійна таємниця</b> .....	25
<b>Сімейна медсестра і професійні помилки. Відповідальність медсестри. Ятрогенії</b> .....	26
<b>Професійна деформація медсестри</b> .....	27
<b>Тести</b> .....	28
<b>Еталони відповідей на тести</b> .....	29
<b>Ситуаційні задачі</b> .....	29
<b>Еталони відповідей на ситуаційні задачі</b> .....	30

<b>Організація роботи сімейної медсестри</b> .....	31
Спеціальність «Медсестра загальної практики — сімейної медицини» .....	32
Положення про денний стаціонар.....	33
Положення про стаціонар удома.....	34
Матеріально-технічне оснащення на дільниці сімейної медицини .....	34
Тести .....	38
Еталони відповідей на тести .....	38
Ситуаційна задача.....	39
Еталон відповіді на ситуаційну задачу .....	39
<b>Облікова і звітна документація на дільниці сімейної медицини</b> .....	40
Перелік облікової медичної документації закладу загальної практики — сімейної медицини .....	40
Перелік необов'язкової для ведення в закладі ЗПСМ облікової медичної документації .....	42
Основні показники роботи дільниці сімейної медицини.....	47
Тести .....	49
Еталони відповідей на тести .....	49
Ситуаційні задачі.....	50
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	50
<b>Родина і здоров'я. Робота медсестри з родинами як одна з характерних ознак сімейної медицини</b> .....	51
Функції родини .....	51
Конфліктологія родинного життя.....	53
Розлучення .....	54
Правила спілкування в родині .....	54
Вплив родини на здоров'я її членів і процес одужання.....	55
Родина і алкоголізм.....	57
Родина і наркоманія .....	59
Домашнє насильство .....	60
Тести .....	61
Еталони відповідей на тести .....	62

<b>Роль сімейної медсестри в розв'язанні проблем суспільного здоров'я. Санітарно-просвітня робота</b> .....	63
Санологія і валеологія .....	64
Індивідуальне і суспільне здоров'я .....	65
Чинники ризику і здоров'я.....	66
<b>Санітарно-просвітня робота на дільниці сімейної медицини</b> .....	70
Медицина і засоби масової інформації.....	72
Тести .....	73
Еталони відповідей на тести .....	74
Ситуаційні задачі.....	74
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	75
<b>Участь сімейної медсестри у формуванні здорового способу життя</b> .....	76
Рух і здоров'я.....	76
Загартовування організму .....	79
<b>Роль сімейної медсестри в організації раціонального і лікувального харчування</b> .....	91
Біологічно активні добавки (БАД) до їжі .....	104
Тести .....	107
Еталони відповідей на тести .....	109
Ситуаційні задачі.....	109
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	110
<b>Профілактична робота на дільниці сімейної медицини</b> ....	111
<b>Роль сімейної медсестри у проведенні профілактичних оглядів з метою виявлення онкопатології</b> .....	119
<b>Роль сімейної медсестри у проведенні первинної і вторинної профілактики туберкульозу</b> .....	123
<b>Робота сімейної медсестри в туберкульозному осередку</b> .....	124
Диспансеризація.....	128
Тести.....	131
Еталони відповідей на тести .....	133
Ситуаційні задачі.....	133
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	133

<b>Роль сімейної медсестри в охороні дитинства .....</b>	<b>134</b>
Роль сімейної медсестри у профілактиці інфекційних захворювань у дітей .....	134
Роль сімейної медсестри у профілактиці гіпотрофії в дітей раннього віку .....	151
Роль сімейної медсестри у профілактиці рахіту в дітей .....	162
Тести.....	167
Еталони відповідей на тести .....	169
Ситуаційні задачі.....	169
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	170
<b>Робота сімейної медсестри з пацієнтами, які мають психосоматичні розлади .....</b>	<b>171</b>
Психосоматичні захворювання .....	171
Неврозоподібні реакції особистості на хворобу .....	173
«Приховані» неврози.....	174
Лікування психосоматичних розладів.....	175
Дії сімейної медсестри з профілактики психосоматичних розладів .....	178
Приклади психологічних проблем у соматичних хворих ...	181
Тести .....	182
Еталони відповідей на тести .....	183
Ситуаційні задачі.....	183
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	183
<b>Сучасні аспекти догляду за пацієнтами, які страждають на ВІЛ/СНІД .....</b>	<b>184</b>
Епідеміологія ВІЛ-інфекції. Клініка.....	184
Дії сімейної медсестри в родині, в якій проживають ВІЛ-інфіковані .....	186
Тести.....	190
Еталони відповідей на тести .....	190
Ситуаційні задачі.....	191
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	191

<b>Роль сімейної медсестри в організації допомоги безнадійним пацієнтам</b> .....	192
Емоційні стадії горя .....	192
Роль сімейної медсестри в паліативному лікуванні .....	193
Роль хосписів у обслуговуванні безнадійних хворих .....	197
<b>Сестринська допомога близьким безнадійного хворого і тим, які перенесли втрату близької людини</b> .....	198
Тести .....	198
Еталони відповідей на тести .....	199
Ситуаційні задачі.....	200
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	200
<b>Репродуктивне здоров'я і планування сім'ї</b> .....	201
Стан репродуктивного здоров'я населення України .....	201
Планування родини .....	202
Безплідна родина .....	211
Тести .....	212
Еталони відповідей на тести .....	214
Ситуаційні задачі.....	214
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	215
<b>Особливості роботи сімейної медсестри з пацієнтами похилого і старечого віку</b> .....	216
Вікові зміни органів і систем в осіб похилого віку .....	217
Умови активного довголіття .....	219
<b>Особливості організації геріатричної допомоги на дільниці сімейної медицини</b> .....	220
Тести .....	221
Еталони відповідей на тести .....	222
Ситуаційні задачі.....	222
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	223
<b>Біль у горлі. Кашель. Лихоманка. Кровохаркання</b> .....	224
Біль у горлі .....	224
Кашель.....	228
Захворювання верхніх дихальних шляхів .....	230

Лихоманка.....	260
Кровохаркання.....	278
Тести .....	282
Еталони відповідей на тести .....	284
Ситуаційні задачі.....	284
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	285
<b>Больовий синдром у лівій половині грудної клітки .....</b>	<b>286</b>
Причини больового синдрому .....	286
Шемічна хвороба серця (ІХС) .....	290
Роль сімейної медсестри у профілактиці ІХС.....	296
Тести .....	301
Еталони відповідей на тести .....	303
Ситуаційні задачі.....	303
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	303
<b>Гіпертензивний синдром .....</b>	<b>305</b>
Роль сімейної медсестри у профілактиці гіпертонічної хвороби .....	313
Тести .....	314
Еталони відповідей на тести .....	316
Ситуаційні задачі.....	316
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	317
<b>Синдром порушення серцевого ритму .....</b>	<b>318</b>
Тести .....	328
Еталони відповідей на тести .....	330
Ситуаційні задачі.....	330
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	331
<b>Синдроми недостатності кровообігу.....</b>	<b>332</b>
Синдром гострої судинної недостатності .....	332
Синдром гострої серцевої недостатності.....	334
Синдром хронічної недостатності кровообігу.....	337
Роль сімейної медсестри в лікуванні і профілактиці ХНК ..	338
Тести .....	341

Еталони відповідей на тести .....	343
Ситуаційні задачі.....	343
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	344
<b>345</b>	
Біль у животі.....	345
Етіологія болю в животі .....	345
Синдром гострого живота .....	347
Гострий апендицит.....	348
Синдром непрохідності кишок .....	353
Гострий холецистит.....	353
Гострий панкреатит .....	353
Роль сімейної медсестри у профілактиці жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) .....	354
Роль сімейної медсестри у профілактиці хронічного панкреатиту.....	356
Роль сімейної медсестри у профілактиці хронічного гастриту .....	358
Роль сімейної медсестри у профілактиці виразкової хвороби .....	360
Тести .....	380
Еталони відповідей на тести .....	382
Ситуаційні задачі.....	382
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	383
<b>384</b>	
Синдром шлунково-кишкових кровотеч .....	384
Роль сімейної медсестри у профілактиці шлунково-кишкових кровотеч.....	388
Тести .....	390
Еталони відповідей на тести .....	392
Ситуаційні задачі.....	392
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	393
<b>394</b>	
Синдром зоба, гіпер- і гіпотиреозу .....	394
Синдром зоба.....	394
Синдром гіпертиреозу.....	402
Синдром гіпотиреозу .....	412

Тести .....	414
Еталони відповідей на тести .....	415
Ситуаційні задачі.....	416
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	416
Синдром гіпер- і гіпоглікемії .....	417
Синдром гіперглікемії .....	417
Синдром гіпоглікемії.....	419
Цукровий діабет і дитина .....	436
Спадковість цукрового діабету .....	439
Жінка і діабет.....	439
Фізичні навантаження і заняття спортом при ЦД .....	442
Тести .....	447
Еталони відповідей на тести .....	449
Ситуаційні задачі.....	449
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	449
Суглобовий синдром.....	451
Ревматоїдний поліартрит (РА) .....	453
Роль сімейної медсестри у профілактиці РА.....	456
Ревматичне ураження суглобів .....	460
Ревматизм і вагітність .....	468
Тести .....	469
Еталони відповідей на тести .....	472
Ситуаційні задачі.....	472
Еталони відповідей на ситуаційні задачі.....	473
Додатки.....	474
Список літератури.....	484

## Перелік скорочень

АГ	—	артеріальна гіпертензія
АТ	—	артеріальний тиск
АЛТ	—	аланінамінотрансфераза
АРВ	—	антиретровірусна
АСТ	—	аспаргінамінотрансфераза
ВМА	—	Всесвітня медична асоціація
ВМК	—	внутрішньоматкова контрацепція
ВООЗ	—	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДОА	—	деформівний остеоартроз
ДТЗ	—	дифузний токсичний зоб
ДХС	—	добровільна хірургічна стерилізація
ЖКХ	—	жовчнокам'яна хвороба
ІХС	—	ішемічна хвороба серця
ІМ	—	інфаркт міокарда
КТМ	—	комп'ютерна томографія
ЛДГ	—	лактатдегідрогеназа
МЛА	—	метод лактаційної аменореї
ЗАК	—	загальний аналіз крові
ЗАС	—	загальний аналіз сечі
ПМСД	—	первинна медико-санітарна допомога
РА	—	ревматоїдний артрит
РСК	—	реакція зв'язування комплементу
ШОЕ	—	швидкість осідання еритроцитів
ССЗ	—	серцево-судинні захворювання
ТТГ	—	тиротропний гормон
УЗД	—	ультразвукове дослідження
ФК	—	функціональний клас
ХП	—	хронічний пієлонефрит
ЧДР	—	частота дихальних рухів
ЧСС	—	частота серцевих скорочень
ЕКГ	—	електрокардіографія

## ПОНЯТТЯ ПРО СІМЕЙНУ МЕДИЦИНУ

Необхідність перетворень у системі охорони здоров'я викликана об'єктивними причинами. Нині система, яка була майже ідеальною для соціалістичного ладу, не вписується в нові економічні і політичні рамки України. Постійний дефіцит фінансових ресурсів вимагає пошуків найоптимальніших моделей системи охорони здоров'я. Сьогодні до 80 % бюджетних засобів виділяють на стаціонарну допомогу, 20 % — на поліклінічну частину. Проте стан здоров'я населення, якість медичної допомоги не поліпшується, оскільки до стаціонару потрапляють уже хворі люди. У стаціонарі не формують показників здоров'я, не проводять профілактичних заходів.

Нині у медицині необхідно перерозподілити засоби на розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Тому постановою Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» визначено програму реформування системи охорони здоров'я, насамперед її первинної ланки — ПМСД — за принципами сімейної медицини.

ПМСД — це фундамент системи охорони здоров'я. Вона охоплює сільські лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, поліклініки. На цьому етапі 80 % усіх пацієнтів починають і закінчують лікування, тут формуються показники здоров'я, проводяться профілактичні заходи, формується здоровий спосіб життя.

Саме тому стратегію Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) спрямовано на переорієнтацію медичної допомоги на ПМСД на основах сімейної медицини, і вона прийнята більшістю країн світу.

Що таке сімейна медицина? Це повністю сформована незалежна медична дисципліна, яка займається здоров'ям родини, методами його вивчення, збереження і зміцнення.

**Основні принципи сімейної медицини:**

- доступність;
- наближеність до родини;
- багатопрофільність надання медичних послуг;
- акцент на профілактиці і диспансеризації;
- висока якість допомоги, що надається;
- раціональний розподіл ресурсів.

Сімейний принцип роботи допомагає сім'ї, в якій є хворі, а також спрямований на важкодоступний для медичних працівників здоровий молодий контингент з обтяженою спадковістю й іншими чинниками ризику, дає змогу оцінити здоров'я родини, її репродуктивну функцію.

Упровадження принципу сімейної медицини збільшить економічну ефективність лікування за рахунок зниження рівня госпіталізації хворих, скорочення відвідувань профільних фахівців, зменшення кількості викликів швидкої допомоги, тому що значну частину цієї роботи візьме на себе сімейний лікар.

Для ефективного втілення в життя концепції сімейної медицини необхідні конструктивні спільні зусилля уряду, органів охорони здоров'я, місцевого самоврядування, громадськості і самого населення.

## **Становлення і розвиток сімейної медицини у світі**

Уперше про первинну медико-санітарну допомогу згадано у звіті Lord Dowson (Великобританія) у 1920 р., де було визначено заклади трьох рівнів для надання медичних послуг: первинні і вторинні центри здоров'я і навчальні лікарні.

У звітах Millis J.R. і Willard (США) у 60-х роках ХХ ст. уперше вживається термін «первинна медико-санітарна допомога», але не подано чіткого визначення цього поняття. Millis указує на необхідність забезпечити кожному людину особистим лікарем, а Willard зауважує, що потрібно підняти престиж лікаря загальної практики і зняти питання надмірної спеціалізації.

Ще одна віха — це звіт La Londe M. (Канада, 1974), де наголошено на важливості збереження здоров'я, профілактиці захворювань.

## Організація первинної медико-санітарної допомоги у Великобританії

Кількість лікарів у Великобританії становить 17 на 10 000 населення (в Україні — 39,4). Система медичної допомоги двоступенева:

- первинну допомогу надають сімейні лікарі (33 000 осіб), мережа медичних сімейних амбулаторій охоплює всю територію й усе населення Великобританії. Сімейні лікарі надають 90 % усієї медичної допомоги населенню, на одного лікаря припадає 1700—2000 осіб;
- спеціалізована медична допомога здійснюється в спеціалізованих відділеннях лікарень, що є у містах, тут надають 10 % медичної допомоги населенню. Отримати допомогу фахівця хворий може лише за направленням сімейного лікаря.

Усі медичні послуги у Великобританії, за винятком стоматологічних, безкоштовні. Виняток становлять ліки для працездатного населення. Держава витрачає 6,5 % національного доходу на охорону здоров'я.

Організація роботи сімейного лікаря у Великобританії має свої особливості:

- велика увага приділяється спілкуванню з хворими. На прийом одного пацієнта витрачають у середньому 8 хв. За цей час лікар повинен викликати в пацієнта повну довіру, поставити лише потрібні запитання і провести велику аналітичну роботу;
- основний принцип сімейного лікаря у Великобританії: 80 % установленого діагнозу — це дані анамнезу, після збирання якого залишається лише мінімальна кількість найімовірніших діагнозів;
- використовують мінімум додаткових методів дослідження;
- застосовують найпростіші фармацевтичні лікарські препарати в разі потреби, а не можливості (наприклад, з антибіотиків призначають групу пеніцилінів, а не найсильніших препаратів);
- застосовують спеціалізовану допомогу лише за потреби;

- велику увагу приділяють психологічному стану хворих;
- медичним працівникам значно збільшують зарплату, якщо прищепили 95 % дітей, 80 % жінок пройшли гінекологічне обстеження. Причому практично унеможливаються приписки, обман — професійна честь і гідність цінуються дуже високо. Медичний працівник, що повіяся нечесно, не може розраховувати на високий соціальний статус;
- при підготовці фахівців із сімейної медицини велику частину часу приділяють самостійній роботі (1—2 дні занять на кафедрі, решта часу — робота в амбулаторії, де студент 1 день працює під контролем відеокамери, потім проводиться аналіз відеозйомок).

Усе це дало змогу Великобританії посісти перше місце серед 11 країн за показниками надання первинної медико-санітарної допомоги.

### **Організація первинної медико-санітарної допомоги в Канаді**

Медична допомога в Канаді безоплатна, загальнодоступна, кваліфікована. Охорона здоров'я має профілактичну спрямованість, передбачає навчання широких мас населення запобігати захворюванням.

Гроші на охорону здоров'я виділяє федеральний бюджет (25—40 %), решту доплачують провінція і муніципалітети. Уряд віддає 10 % національного доходу на охорону здоров'я, фінансує програми:

- медичної допомоги спеціальним групам населення, зокрема в'язням;
- захисту здоров'я (безпечність продуктів харчування, води тощо);
- боротьби з тютюнопалінням.

На муніципальному рівні департамент з охорони суспільного здоров'я працює за такими програмами:

- профілактика інфекційних захворювань;
- імунізація населення;
- профілактика хронічних захворювань;

- боротьба зі СНІДом;
- навчання населення;
- боротьба з туберкульозом та ін.

Кожен житель Канади має картку для лікування в госпіталі. У госпіталь направляють лише в разі нагальної потреби, перебування там нетривале.

Контроль за якістю допомоги здійснює Асоціація медичних працівників, яка може накласти штраф або позбавити ліцензії працівників, які припустилися помилок, на 1—3 міс і більше.

Попри доступність і безоплатність медичної допомоги, її підґрунтям є твердий економічний розрахунок. Без клінічних показань не призначають жодного обстеження, а тим паче не госпіталізують хворого. Загалом на одного жителя Канади на рік виділяють 2500 доларів.

### Організація первинної медико-санітарної допомоги у країнах Центральної і Східної Європи

До кінця 80-х років ХХ ст. країни Центральної і Східної Європи перебували під впливом Радянського Союзу. Сімейна медицина, що існувала до Другої світової війни, у післявоєнні роки була повністю знищена. У 20-х роках ХХ ст. у СРСР почали впроваджувати систему охорони здоров'я, запропоновану М.О. Семашком. Вона мала такі ознаки: безоплатність, звертання за медичною допомогою за місцем проживання, фінансування галузі базувалося на фіксованих показниках (штатний розклад) без урахування потреб населення, нестача новітніх і спеціалізованих технологій.

Уведення цієї системи дозволило системі охорони здоров'я в 1950—1960 рр. відповідати світовим стандартам, але в подальшому радянська система охорони здоров'я не змогла адаптуватися до реалій постійного розвитку суспільства. Після розпаду СРСР у більшості країн почалося реформування у сфері охорони здоров'я.

Нині головна проблема в цих країнах — низький рівень фінансування, що заважає реформуванню.

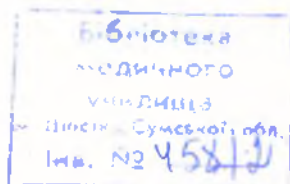
Витрати на охорону здоров'я на одну особу в доларах і відсотках (1997 р.):

Країна	Витрати на душу населення в доларах	У відсотках
Німеччина	2364	10,7
Великобританія	1391	6,8
Чехія	943	7,2
Угорщина	542	6,5
Польща	386	5,2
Росія	47 (1993 рік)	2,2
Україна	10 (1994 рік)	3,5

У 1978 р. на конференції ВООЗ в Алмати розглянули низку питань щодо поліпшення доступності медичної освіти для кожного жителя планети, приділили увагу концепції ПМСД, обговорювали перспективи розвитку охорони здоров'я в країнах світу. Широка медична громадськість схвалила модель ПМСД і рекомендувала розглядати її як основу подальшого розвитку системи охорони здоров'я.

З цієї метою Єврокомісія створила програму PHARV і виділила на її реалізацію 90 млн доларів (підготовка викладачів з дисципліни «Сімейна медицина», організація факультетів сімейної медицини у вищих навчальних закладах і т. ін.).

Нині Чехія, Угорщина, Естонія і Литва є представниками Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) у Європі. Однак у Чехії і Угорщині ще зберігається розподіл лікарів на терапевтів і педіатрів, в Естонії і Латвії сімейні лікарі не мають такого авторитету в суспільстві, як на заході. У Росії, Україні, Болгарії переважають поліклініки старого типу, кількість сімейних лікарів не відповідає потребам. Прогрес переходу до сімейної медицини відзначають у Білорусі, але там сімейні лікарі працюють лише в державних поліклініках.



## Організація первинної медико-санітарної допомоги в Україні

Сімейну медицину в Україні започатковано в останні роки існування Радянського Союзу. Ще в 1987 р. МОЗ УРСР розпочало експеримент у Львівській області, у 1989 р. відкрили «Поліклініку сімейної медицини» у Дніпродзержинську, у 1992 р. — амбулаторію сімейних лікарів у Дрогобичі, а в 1998 р. — першу кафедру сімейної медицини у Львові. Інтенсивного розвитку сімейна медицина набула наприкінці ХХ та на початку ХХІ ст.

Уперше в Україні термін «сімейна медицина» вжито в наказі МОЗ України № 169 від 21.11.1991 р., коли до номенклатури лікарських спеціальностей увели спеціальність «Загальна практика — сімейна медицина».

Кабінет Міністрів України прийняв постанову № 989 від 20.06.2000 р. «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» для зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медичних послуг.

У постанові № 14 Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002—2011 роки» сімейній медицині було приділено велику увагу: визначено пріоритети розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини.

В Україні відбулася низка з'їздів та конференцій для сімейних лікарів. Знаковими стали з'їзди сімейних лікарів у Львові (2001) та Харкові (2005), де розглядали фінансування, тарифи на медичні послуги, стандарти медичної допомоги тощо.

Але попри зусилля держави протягом останніх 20 років сімейна медицина в Україні не набула достатнього розвитку.

Сьогодні ПМСД зіштовхнулася з певними проблемами і потребує подальшого розвитку і удосконалення. Однак вона має майбутнє, тому що ПМСД — найважливіша частина ефективної системи охорони здоров'я.

# ЕТИКО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ В РОБОТІ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ

## Історія. Регламентувальні документи

Робота сімейної медсестри повинна ґрунтуватися на турботі про особистість, родину, охороні їх честі і гідності, прав і законних інтересів сім'ї, що є найважливішими для будь-якої демократичної держави.

Коріння етичних норм поведінки медичних працівників ведуть до лікарів Стародавньої Індії (1500 рік до н. е.), Гіппократа (460—370 рр. до н. е.), особливо його відомої клятви, що стверджує бережливе ставлення до життя, наголошує на принципі «Не нашкодь!», пропагує повагу до особистості хворого, збереження лікарської таємниці.

На сьогоднішні питання медичної етики регламентують такі документи:

- «Принципи медичної етики», затверджені Генеральною Асамблеєю ООН в 1982 р.;

- «Декларація про права пацієнта», затверджена на Балі (Індонезія) ВМА в 1995 р. Вона охоплює перелік основних прав пацієнта:

- ✓ вибір лікаря;
- ✓ згода або відмова від лікування після отримання адекватної інформації;
- ✓ конфіденційність інформації;
- ✓ духовна і моральна підтримка;
- ✓ компенсація в разі відмови в медичній допомозі.

В Україні морально-етичні норми поведінки медичної сестри сформульовано в «Етичному кодексі медсестри України», де в частині 1 зазначається, що медсестра повинна поєднувати високий професіоналізм, гуманність, милосердя, розуміння

суспільного значення своєї роботи, полегшувати страждання хворих, відновлювати здоров'я, проводити реабілітаційну і профілактичну роботу. Частина 2 Кодексу («Медсестра і пацієнт») містить 11 статей, які регулюють взаємини медсестри з пацієнтом:

- ✓ *стаття 1:* медсестра послуговується міжнародними деклараціями про права людини;
- ✓ *статті 2, 3:* пацієнт має право на якісну медичну допомогу відповідно до професійних стандартів. Медсестра повинна вдосконалювати свої знання, творчо підходити до своїх обов'язків, орієнтуватися в потоці інформації;
- ✓ *статті 4, 5* узаконюють повагу до прав пацієнта, гуманне ставлення до нього, повагу до національної гідності, релігійних поглядів, сімейного статусу, сексуальної орієнтації;
- ✓ *стаття 6:* насамперед — не нашкодь;
- ✓ *стаття 7:* право пацієнта на інформацію про стан здоров'я, можливий ризик і ускладнення після проведених діагностичних і лікувальних маніпуляцій. Треба пам'ятати, що пріоритет на право поширення інформації про захворювання пацієнтів лишається за лікарем, тому медсестра зобов'язана свої дії погоджувати з ним, тобто дотримуватися субординації. Субординація — це система підпорядкування нижчих органів вищим посадовим особам. Етичний аспект субординації в медицині передбачає не формальну посадову супідрядність, а побудову стосунків у колективі на основі доброзичливості, взаємоповаги, тактовності, взаємодопомоги;
- ✓ *стаття 8:* медсестра повинна поважати право пацієнта чи його представника (якщо це дитина або недієздатний хворий) погоджуватися на медичне втручання або відмовитися від нього;
- ✓ *стаття 9:* збереження професійної таємниці. Медсестра не має права розголошувати інформацію про хвороби, інтимні і сімейні сторони життя пацієнтів;
- ✓ *стаття 10* розкриває стосунки медсестри і пацієнта, який помирає. Евтаназію як акт навмисного припинення життя, виконаний з волі самого пацієнта або його роди-

ців, визнано неетичною. Медсестра повинна поважати право пацієнта щодо патологоанатомічних розтинів;

- ✓ *стаття 11*: медсестра як учасник наукових досліджень і творчого процесу бере участь у вивченні наукової і пізнавальної літератури, творчо ставиться до роботи.

У частині 3 «Медсестра та її професія» (статті 12—14) ідеться про повагу до професії, хворого, його родичів, колег: медсестра повинна підтримувати авторитет колег перед пацієнтами, захищати інтереси пацієнта і суспільства, якщо виявить неетичну медичну практику. З цим питанням вона має право звернутися за підтримкою до державних органів охорони здоров'я, до Асоціації медичних сестер України.

Частина 4 «Медсестра і суспільство» (статті 15—17) зобов'язує медичну сестру піклуватися про доступність і високу якість сестринської допомоги, вирішувати екологічні проблеми, підтримувати реформи сестринської діяльності в Україні. Гарантує захист власних інтересів медичної сестри: недоторканності, оплати за працю відповідно до якості й обсягів медичної допомоги.

Частина 5 «Професійні медичні організації» (статті 18—19) формулює відповідальність медичних організацій за етичну поведінку медсестри, якісний догляд за пацієнтом.

## Проблеми релігії і сімейна медсестра

Історичний досвід переконує: чим міцніше релігійне підґрунтя в родині, тим вона сильніша. Такий потужний чинник у роботі сімейної медсестри не можна не враховувати. Є багато прикладів, які підтверджують це.

Християнська релігія, найпоширеніша в нашій країні, проповідує шанобливість, терплячість, людинолюбність, милосердя, справедливість, працьовитість тощо. Якщо в родині є хоча б один християнин, медсестра повинна мати з ним постійний і міцний контакт і через нього стабільно впливати на родину загалом і кожного її члена окремо.

Догмати християнської релігії можна використовувати для протиалкольної пропаганди. Християни знають, що на поминках не п'ють, оскільки поминки — це повага до пам'яті

покійного, а не її осквернення. Є ще один народний звичай, «запій», коли зустрічаються родичі нареченого і нареченої. У давні часи в такому разі спиртне не вживали, а співали обрядових пісень (звідси і виникло слово «запій», яке прихильники алкоголю переробили на свій лад). Навіть на весіллі в християн молодому і молодій не давали спиртного, оскільки знали, що зачаття в стані алкогольного сп'яніння призводить до народження дітей з вадами розвитку.

З іншого боку, сімейна медсестра, поінформована про перебіг хронічних захворювань у родині, яку вона спостерігає, може допомогти їй дотримуватися релігійних обрядів у розумних межах.

Релігія — джерело духовних сил, що дуже потрібні кожному з нас, особливо під час хвороби. Визнаючи величезну роль автогенних тренувань, слід зазначити, що вони є варіантом молитви. Помічено, що процес моління навіть одного члена родини ошляхетнює і дисциплінує всіх членів родини. Відомий хірург В.В. Войно-Ясенецький провів багато років у світських в'язницях і таборах, де ніколи не знімав нагрудного хреста і ряс, тому що був не лише хірургом, священником, а й істинно віруючим. І за ці роки його не образив жоден із в'язнів-співкамерників, серед яких було багато і справжніх негідників. Сам В.В. Войно-Ясенецький не раз давав зрозуміти, що віра і молитва допомогли йому пережити те, що для багатьох було нестерпним.

Своєрідна роль медсестри в родинах, що сповідують іслам. У канонах цієї релігії є специфіка, що впливає на стан здоров'я віруючого. Це обряд «тахару» (іноді його називають «обмивання»), коли органи в певній послідовності миють водою перед кожним сеансом молитви (у справжнього мусульманина — 5 разів щодня). Медичні дослідження довели, що цей обряд знижує кількість захворювань прямої кишки (тріщини, випадання, геморої), зберігає біоритм дефекацій. Серед побожних мусульман похилого і старечого віку рідше, ніж у тих, які не моляться, трапляються хвороби обміну, особливо рухового апарату, адже молільник під час молитви робить низку обов'язкових рухів: повертає голову праворуч і ліворуч, піднімає руки, сідає на коліна, б'є доземні поклони.

З обрядом обрізання сімейна медична сестра може зіткнутися не лише в середовищі мусульман, а й іудеїв. Обрізання крайньої плоти зародилося в Стародавньому Єгипті і проводилося для запобігання баланопоститу (запалення головки і преуціального мішка), фімозу і парафімозу, що часто виникали в умовах спекотного клімату і мали тяжкий перебіг. Хворий рухався з великими зусиллями, повністю втрачаючи можливість їздити верхи. Сімейна медсестра повинна розглядати обрізання як з лікувальної, так і з профілактичної позиції, враховуючи, що воно має міцне багатовікове коріння. Медсестра повинна пояснити, що таке втручання може виконувати лише лікар, щоб уникнути тяжких ускладнень, якщо обрізання виконують знахарі та випадкові люди. Відомі випадки, коли відтинали головку і навіть частину тіла статевого члена під час обрізання. Нерідко «випадковий майстер» оперує в антисанітарних умовах без знеболювання, що не виключає можливості сепсису, больового шоку, травмування несформованої психіки дитини. Усі ці деталі сімейна медсестра повинна пояснити батькам хлопчика, зважаючи на їх особистість.

Що більше знатиме сімейна медсестра про психологію віруючої людини, то швидшим і міцнішим буде взаємний контакт, що стане незамінним у всіх ситуаціях, особливо тяжких і складних. Вони виникають під час розвитку хронічних захворювань, при невиліковних захворюваннях (рак, лейкоз), причому нерідко ці хворі знають, що вони приречені. Найтяжчою є ситуація, коли хворий замикається у хворобі. Тоді допоможе віра і психологічний контакт із медичним працівником. Дуже доречно висловився В.М. Бехтерев: «Якщо після бесіди з лікарем хворому не стало краще, то це був не лікар».

*Біоетичні проблеми смерті*

### **Сімейна медсестра і ставлення до смерті**

Смерть — це біологічно логічне явище, але більшість людей її не сприймають спокійно. У нашій охороні здоров'я протягом багатьох десятиліть вважалося, що медичні працівники повинні доводити до відома хворого лише позитивну інформацію, у жодному разі не говорити про фатальні наслідки і невиліковність захворювання. У цьому аспекті наші погляди розбіжні з

позицією колег країн далекого зарубіжжя, де хворому повідомляють про справжній стан його здоров'я, факт неминучої смерті.

Багато хто з медичних працівників підтримує думку, що в такому разі краще мовчати. Чи правильно це? Важко сказати однозначно. Так, опитування в Канаді в 1991 р. показало, що більшість тяжкохворих були задоволені відвертістю медичних працівників, а дослідження в Чикаго засвідчили, що такі одкровення відбирають останню надію у тяжкохворих, і їх розцінюють як аморальні вчинки. В Італії і Японії не підтримують відвертих розмов з невиліковними хворими. Очевидно, що в кожній країні свій підхід до цієї проблеми. Отже, сімейній медсестрі в кожному випадку необхідно вирішувати, коли, як і кого повідомляти про серйозність діагнозу, обов'язково погодивши свої дії з лікарем. Адже багато хворих від подібної інформації можуть отримати психологічну травму, іноді вони відмовляються вірити в діагноз, втрачають довіру до медичних працівників. Однак і повна некомпетентність може нашкодити пацієнтові: не вирішує питання лікування, погіршує стосунки в родині, не розв'язують проблем, що їх пацієнт хотів би залагодити за життя. Адже недарма є приказка, що в кожного після смерті залишається роботи ще на три дні.

**Евтаназія** — навмисне припинення життя, виконане з волі самого пацієнта або його родичів. Ставлення до цієї проблеми однозначно зафіксоване в «Етичному кодексі медсестри України»: евтаназію визнали неетичною. Це збігається з рішенням ВМА, яка прийняла в 1987 р. «Декларацію про евтаназію», за якою медичному працівникові заборонено вбивати людину.

**Розтин (автопсію)** роблять, щоб встановити причину смерті та взяти внутрішні органи для трансплантації. На сучасному етапі розтин здійснюють, якщо немає письмової відмови родичів. Медсестра повинна знати, що ставлення до розтину в багатьох релігіях негативне. Християнська, іудейська мораль, авторитети ісламу вважають, що розтин можна проводити проти волі родичів лише у виняткових випадках, якщо цього потребують інтереси медичної науки і правосуддя.

## Професійна таємниця

Дотримуватися професійної таємниці  
Медична сестра за обов'язками служби отримує великий потік інформації про родину. Проте вона завжди повинна пам'ятати, що пацієнт має право на збереження в таємниці інформації про факт звертання за медичною допомогою, про стан здоров'я, діагноз, результати обстеження, лікування тощо. Передача відомостей іншим громадянам допускається лише в разі згоди пацієнта або його законного представника. Надання відомостей без цього дозволено:

- ✓ для обстеження і лікування громадянина, не здатного через свій стан виявити власну волю;
- ✓ у разі загрози поширення інфекції, масових отруєнь;
- ✓ за запитами органів дізнання і слідства, прокурора і судді;
- ✓ у разі надання допомоги особам до 15 років для інформування їхніх батьків або законних представників;
- ✓ за наявності підстав, що дають змогу запідозрити, що шкоду здоров'ю нанесено внаслідок протиправних дій.

За недотримання лікарської таємниці медичний працівник несе дисциплінарну, адміністративну (зауваження, догана) або кримінальну відповідальність.

Законодавство деяких країн передбачає доволі суворі покарання за розголошення лікарської таємниці. Так, у Японії медперсонал за розголошення відомостей про хворих на СНІД штрафують на 300 тис. ієн і навіть можуть позбавити волі на термін від 6 міс до 1 року.

Довгий час лікарську таємницю в нашій країні розголошували в масовому медичному документі — листку непрацездатності. Відповідно до сучасних законів відомості про діагноз сьогодні вносять лише за згодою хворого, а в разі його незгоди зазначають лише причину непрацездатності (захворювання, травма чи інша причина).

Нині ще тривають дискусії про право розголошення професійної таємниці. Є багато ситуацій, коли медичний працівник повинен відступити від загальноприйнятої етики. Наприклад, неповнолітні або літні пацієнти не в силі самостійно прийняти рішення, і за них відповідають інші члени родини. Або

проблема може виникнути, якщо члени родини конфліктують між собою, у такому разі медсестра повинна взяти на себе роль адвоката, який захищає інтереси хворого.

Пам'ятайте, що готового алгоритму дій у кожній ситуації не існує. Необхідно аналізувати проблему в цілому і самотійно приймати рішення, що не суперечитиме справедливості.

## Сімейна медсестра і професійні помилки. Відповідальність медсестри. Ятрогенії

Медсестра зобов'язана відповідати за всі недогляди, які сталися через її недбалість або навмисне. Провини бувають:

— цивільні (псування майна, безгосподарне зберігання ліків, перев'язного матеріалу тощо);

— адміністративні (порушення правил внутрішнього розпорядку, протипожежних правил, санітарно-протиепідемічного режиму);

— дисциплінарні (прогули, запізнення на роботу, невиконання розпоряджень адміністрації).

У випадках, коли конфлікт між медичним працівником і хворим зумовлений порушенням правових норм, виникає кримінальна справа.

Найчастіше кримінальні справи порушують при здійсненні таких злочинів:

- ✓ ненадання медичної допомоги хворому;
- ✓ видача підроблених документів;
- ✓ порушення правил зберігання, відпускання, обліку отруйних і сильнодійних препаратів;
- ✓ незаконне лікування — лікування людей особами, які не мають вищої медичної освіти;
- ✓ необережні дії медичних працівників через недбалість;
- ✓ порушення правил боротьби з епідеміями — приховування випадків заразних хворих.

У таких випадках карають позбавленням волі на різні терміни.

Унаслідок професійних помилок можуть виникати ятрогенії (захворювання, спричинені дефектами діяльності і спіл-

кування медперсоналу з пацієнтом). Найчастіші причини ятрогенії:

- ✓ поспішна або необґрунтована інформація про діагноз;
- ✓ неправильне тлумачення хворим призначеного обстеження, лікування;
- ✓ бездіяльність персоналу;
- ✓ вживання медперсоналом висловлювань тривожного, обтяжливого характеру (як-от: «Ваш зовнішній вигляд мені сьогодні не подобається»).

## Професійна деформація медсестри

Психоемоційні перевантаження, індивідуальні особливості медсестер можуть призводити до професійних деформацій.

I. Харді в книзі «Лікар, сестра, хворий» описує такі типи сестер:

- ✓ сестра-рутинер — виконує свої обов'язки механічно, ретельно і скрупульозно, спритно й уміло, але автоматично, не співчуваючи і не співпереживаючи хворому;
- ✓ сестра, яка грає завчену роль — поведінка показна, у стосунках зникає безпосередність, з'являється нещирість;
- ✓ «нервова» сестра — емоційно лабільна, схильна до невротичних реакцій, дратівлива, запальна, часто груба, іноді боїться заразитися або занедужати на тяжку хворобу;
- ✓ чоловікоподібна сестра — сильна особистість, не терпить безладу, але недостатньо гнучка, буває грубою, за сприятливих умов може стати добрим організатором;
- ✓ сестра материнського типу — максимально турботлива, співчуває хворим, усе встигає, турбота про інших — життєве покликання;
- ✓ фахівець — присвячує своє життя виконанню якогось завдання (наприклад, робота в спеціальній лабораторії).

Особистість медсестри, стиль її роботи, уміння психологічно впливати на хворих треба враховувати під час вибору місця її роботи.

## Тести

### 1. Медична деонтологія вивчає:

- а) ятрогенні захворювання;
- б) принципи взаємин медичних працівників між собою;
- в) права пацієнтів;
- г) взаємини з родичами пацієнтів;
- д) принципи поведінки медичного персоналу, спрямовані на підвищення ефективності лікування хворих.

### 2. Ятрогенії — це:

- а) інфекційні захворювання;
- б) психічні захворювання;
- в) занурення хворого у хворобу;
- г) захворювання, спричинені неправильними діями медичних працівників;
- д) негативний вплив на пацієнта хворих, які оточують його.

### 3. Субординація — це:

- а) негативний вплив на пацієнта медичних працівників;
- б) доброзичливість і взаємоповага в колективі;
- в) підпорядкування нижчих посадових осіб вищим;
- г) повага до особистості пацієнта;
- д) взаємини в колективі.

### 4. Евтаназія в Україні:

- а) заборонена;
- б) дозволена;
- в) кожен медичний працівник вирішує питання самостійно;
- г) дозволена для безнадійних хворих;
- д) дозволена в разі згоди родичів.

### 5. В яких випадках професійну таємницю можна порушувати:

- а) загроза поширення інфекції;
- б) є запит прокурора;

- в) батькам 14-річної хворої дитини повідомили про діагноз;
- г) повідомили діагноз хворого з вогнепальним пораненням у міліцію;
- г) в усіх перелічених вище випадках?

**6. Ненадання медичної допомоги — це:**

- а) адміністративне порушення;
- б) цивільна провина;
- в) дисциплінарне порушення;
- г) злочин.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — г; 3 — в; 4 — а; 5 — г; 6 — г.

### *Ситуаційні задачі*

1. Сімейний лікар призначив пацієнтові з підозрою на виразкову хворобу фіброгастроскопію. Пацієнт просить медсестру пояснити, з якою метою призначене це обстеження. Сестра відповіла: «Лікар призначив, значить, виконуйте». Оцініть дії медсестри. Чи порушені в цьому випадку права пацієнта?

2. На дільниці сімейної медицини пацієнт А., 64 років, з операбельною формою раку шлунка попросив медсестру провести евтаназію, оскільки знає, що безнадійно хворий. Медсестра відмовилася виконати прохання пацієнта. Оцініть її дії.

3. У денному стаціонарі перебуває пацієнтка Л., 35 років, з діагностованим хронічним бронхітом. Телефонує жінка, яка називається сестрою пацієнтки і просить сімейну медсестру повідомити її діагноз. Медсестра повідомляє діагноз і розповідає про проведені обстеження. Оцініть дії медсестри.

4. Сімейна медсестра внутрішньовенно ввела дитині препарат, призначений для внутрішньом'язового введення. Дитина померла. Оцініть дії медсестри, міру її відповідальності.

5. Сімейна медсестра провела пацієнтові з ішемічною хворобою серця повторну реєстрацію електрокардіограми, на якій помітила погіршення показників. Сказала про це хворому. Оцініть дії медсестри.

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Дії медсестри неправильні. Порушено право пацієнта на інформацію.

2. Дії медсестри правильні. Евтаназію в Україні визнано неетичною.

3. Дії медсестри неправильні. Вона порушила професійну таємницю. Необхідно було порадити жінці, яка дзвонила, запитати про все у хворої.

4. Медсестра вчинила злочин через недбалість. Вона нестигне кримінальну відповідальність.

5. Дії медсестри неправильні. Пріоритет на поширення інформації про захворювання пацієнта має лікар. Тому медсестра повинна була повідомити про все лікареві.

## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ

20.06.2000 р. прийнято постанову Кабінету Міністрів України № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», в якій розроблено план поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини. МОЗ України видало накази № 72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» і № 303 від 23.07.2001 р. «Про організацію роботи закладів загальної практики — сімейної медицини», де визначило умови організації відділень сімейної медицини, їхню структуру, основні напрями діяльності.

Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини — лікувально-профілактичний заклад, що забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів щодо запобігання і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, раннього виявлення захворювань, надання населенню кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги і здійснює диспансеризацію та моніторинг стану здоров'я населення.

Штатний розклад передбачає 1 посаду сімейного лікаря на 1100—1200 осіб дорослого і дитячого населення в сільській місцевості та на 1400—1500 осіб — у місті. Посади медичних сестер загальної практики — сімейної медицини — вводять із розрахунку 3 посади медсестри на 1 посаду лікаря загальної практики.

Допомогу надають за сімейно-територіальним принципом.

Функції відділення загальної практики — сімейної медицини:

- забезпечення невідкладної допомоги в умовах поліклініки, вдома;

- направлення хворих до стаціонару;
- профілактика захворювань, травм, отруєнь; зниження інвалідності, смертності;
- проведення диспансеризації;
- організація санітарно-протиепідемічних заходів;
- санітарно-просвітня робота;
- ведення обліково-звітної документації;
- консультування населення з медико-соціальних, психологічних питань, питань планування сім'ї тощо.

### **Спеціальність «Медсестра загальної практики — сімейної медицини»**

Відповідно до наказу МОЗ України № 39 від 01.02.2001 р. «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників» до номенклатури спеціальностей середніх медпрацівників внесли спеціальність «Медична сестра загальної практики — сімейної медицини».

Сімейна медсестра — це перший помічник лікаря у сімейній медицині. На посаду сімейної медсестри призначають фельдшера або медсестру, яка закінчила вищий медичний навчальний заклад I—IV рівнів акредитації, курси за фахом «Загальна практика — сімейна медицина» і має відповідне посвідчення.

Сімейна медсестра повинна мати високу теоретичну і практичну підготовку, адже їй доводиться працювати з дітьми різних вікових груп, дорослим населенням, вагітними. Вона повинна вміти надавати невідкладну допомогу, володіти навичками операційної сестри, організовувати належний догляд за хворими, проводити санітарно-просвітню роботу, вести документацію, забезпечувати амбулаторний прийом сімейного лікаря, бути обізнаною в організації денних стаціонарів і стаціонарів удома. Сімейна медсестра допомагає пацієнту долати усі труднощі медичного «сервісу». Надаючи допомогу кільком поколінням пацієнтів з однієї сім'ї, вона стає свідком внутрішніх проблем родини, тісно стикається з ними. Медсестра має постійно контролювати ставлення сім'ї до питань здоров'я, харчування, їхні шкідливі звички тощо. Це дасть змогу передбачити

перехід окремих членів родини в групу ризику і скласти план превентивних заходів.

Лише на дільниці сімейної медицини є вмотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою, оскільки медичні працівники цієї дільниці безпосередньо зацікавлені в зниженні захворюваності закріпленого за нею населення.

## Положення про денний стаціонар

Денний стаціонар організують для пацієнтів, які потребують госпіталізації за відсутності показань до постійного лікарського спостереження.

Головні завдання денного стаціонару:

- діагностика та лікування хворих з гострими і загостреними хронічними захворюваннями;
- доліковування хворих після виписування з лікувально-профілактичного закладу;
- надання невідкладної допомоги;
- профілактичне лікування диспансерних хворих.

Денні стаціонари можуть мати різні профілі: терапевтичні, хірургічні, психоневрологічні, дитячі тощо. Посади медичних сестер (палатних) устанавлюють із розрахунку 1 посада на 30 ліжок усіх профілів, у дитячих відділеннях — на 20 ліжок.

До складу денного стаціонару входять:

- палати для денного перебування хворих;
- палата інтенсивної терапії;
- маніпуляційна, процедурна кімнати;
- операційно-перев'язувальний блок;
- кімнати медичного персоналу;
- буфет;
- допоміжні приміщення.

У разі несприятливого перебігу захворювання під час перебування хворого в денному стаціонарі його переводять у профільне відділення лікувально-профілактичного закладу.

На хворого з денного стаціонару заповнюють «Картку хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома» (Ф—003-2/о).

## Положення про стаціонар удома

Стаціонар удома організують для надання кваліфікованої медичної допомоги в домашніх умовах хворим, яким показане стаціонарне лікування, проте непотрібна госпіталізація.

Головні завдання стаціонару вдома — лікування хворих з гострими захворюваннями, доліковування хворих після виписування з лікувальних закладів, проведення лікувально-оздоровчих заходів диспансерним хворим.

Чисельність штатних одиниць медперсоналу встановлюють із розрахунку 1 посада лікаря і 1 посада медичної сестри на 12—14 відвідувань удома протягом робочого дня.

Забезпечення лікарськими засобами, харчування в денному стаціонарі і стаціонарі вдома здійснюють за рахунок лікувально-профілактичного закладу, фондів медичного страхування, підприємств, організацій та інших надходжень.

## Матеріально-технічне оснащення на дільниці сімейної медицини

Матеріально-технічне забезпечення — важливий складник якісної медичної допомоги. Тому наказ МОЗ України № 303 від 23.07.2001 р. «Про організацію роботи закладів загальної практики — сімейної медицини» затвердив таблицю оснащення амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, перелік-зразок сумки-укладки лікаря і медсестри сімейної медицини (табл. 1).

### Вміст сумки-укладки медсестри

(Витяг з наказу МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303)

Таблиця 1. Зразок обладнання сумки-укладки медичної сестри загальної практики — сімейної медицини

Назва	Форма випуску	Кількість
Стетофонендоскоп		1 шт.
Тонometr для вимірювання артеріального тиску		1 шт.

Назва	Форма випуску	Кількість
Стрічка вимірювальна медична		1 шт.
Шприци одноразові з голками	2,0 5,0 10,0 20,0	По 2 штуки
Експрес-діагностичні тести		1 набір (50 штук)
Термометр медичний		1 шт.
Бинт		2 шт.
Неврологічний молоток		1 шт.
Вата		10 г
Джгут гумовий		1 шт.
Шлунковий зонд		1 шт.
Повітрянопровідна 8-подібна трубка		1 шт.
Язикотримач		1 шт.
Роторозширювач		1 шт.
Респіратор одноразовий		
Епідукладка для взяття матеріалу при підозрі на особливо небезпечні інфекції		
Голка для внутрішньосерцевого введення ліків		1 шт.
Одноразова система для крапельних внутрішньовенних вливань		1 шт.
Прямий пінцет		1 шт.
Зігнутий пінцет		1 шт.
Скальпель № 3		1 шт.
Скальпель № 4		1 шт.
Ножиці 11,5 см		2 шт.
Двобічний шпатель		2 шт.
Тест-смужки для аналізу крові на визначення глюкози, холестерину		3 комплекти

Продовження табл. 1

Назва	Форма випуску	Кількість
Тест-смужки для аналізу сечі на визначення лейкоцитів, нітратів, протеїну, глюкози, уробіліногену, білірубіну, кеторечовин, крові, аскорбінової кислоти, кислотності, гуцини		3 комплекти
Тест-системи для діагностики вагітності		3 комплекти
Тест-системи для визначення терміну овуляції		3 комплекти
Тест-системи для визначення прихованої крові в калі		3 комплекти
Тест-системи для бактеріальної діагностики сечових інфекцій		3 комплекти
Реагенти для визначення груп крові та резус-фактора		3 набори
Папаверину гідрохлорид 2 %	2 мл	10 амп.
Но-шпа	2 мл	10 амп.
Дибазол 1 %	1 мл	10 амп.
Анальгін 50 %	2 мл	10 амп.
Кофеїн-бензоат натрію 10 %	1 мл	10 амп.
Кордіамін	2 мл	10 амп.
Строфантин К 0,025 %	1 мл	10 амп.
Нафтизин 0,5 %	15 мл	1 фл.
Адреналіну гідрохлорид 0,5 %	1 мл	10 амп.
Ізотичний розчин натрію хлориду	200 мл	1 фл.
Норадреналіну гідротартрат 0,2 %	1 мл	10 амп.
Реополіглюкін	400 мл	1 фл.
Офіційальні розчини для регідратації		10 пакетів

Назва	Форма випуску	Кількість
Атропіну сульфат 0,1 %	1 мл	10 амп.
Дофамін 0,5 %	5 мл	10 амп.
Новокаїнамід	5 мл	10 амп.
Еуфілін 2,4 %	10 мл	10 амп.
Фуросемід	2 мл	4 амп.
Димедрол 1 %	1 мл	10 амп.
Супрастин	1 мл	10 амп.
Спирт 70 %	100 мл	1 фл.
Аміак 10 %	10 мл	1 фл.
Нітрогліцерин	0,0005 мл	10 табл.
Магнію сульфат 25 %	5 мл	10 амп.
Валідол	0,06	10 табл.
Платифіліну гідротартрат 0,2 %	1 мл	30 амп.
Дроперидол 0,25 %	2 мл	20 амп.
Мезатон 1 %	1 мл	6 амп.
Ізотичний розчин натрію хлориду	5 мл	20 амп.
Клофелін	0,15	50 табл.
Лідокаїну хлорид 2 %	2 мл	10 амп.
Водню пероксид 3 %	10 мл	2 фл.
Калію перманганат	5,0	2 фл.
Сибазон 0,5 %	2 мл	10 амп.
Преднізолон	30 мг	10 амп.
Бензилпеніциліну натрієва сіль	1 000 000/ ОД	5 фл.
Окситоцин 5 МО	1 мл	2 фл.
Йоду 5 % спиртовий розчин	10 мл	2 фл.
Настойка валеріани	25 мл	2 фл.
Корвалол	25 мл	2 фл.

## Тести

**1. Функції відділення загальної практики — сімейної медицини:**

- а) невідкладна допомога;
- б) диспансеризація хворих;
- в) санітарно-просвітня робота;
- г) організація протиепідемічних заходів;
- ґ) усе, перелічене вище.

**2. Сімейна медсестра обслуговує:**

- а) дітей;
- б) підлітків;
- в) вагітних;
- г) осіб похилого і старечого віку;
- ґ) усі перелічені вище категорії пацієнтів.

**3. Хворих, які потребують госпіталізації за відсутності показань для постійного лікарського спостереження, необхідно направити:**

- а) на амбулаторний прийом;
- б) до денного стаціонару;
- в) до лікувально-профілактичного закладу;
- г) до стаціонару вдома;
- ґ) до санаторію.

**4. Стаціонар удома організують для:**

- а) осіб похилого і старечого віку;
- б) дітей першого року життя;
- в) осіб, яким показане стаціонарне лікування, але немає потреби в госпіталізації;
- г) осіб, які потребують госпіталізації за відсутності показань для постійного лікарського спостереження;
- ґ) осіб, які потребують госпіталізації.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — г; 3 — б; 4 — в.

### *Ситуаційна задача*

Медсестра веде прийом з лікарем на дільниці сімейної медицини. У черзі на прийом очікують хворі:

- мати з 6-місячною дитиною (прийшла для контролю маси тіла дитини);

- пацієнтка, 30 років, з'явилася за викликом, тому що перебуває на диспансерному обліку з діагнозом виразкової хвороби;

- пацієнт, 62 роки, який хворіє на гіпертонічну хворобу (скаржиться на підвищення АТ до 200/100 мм рт. ст., вимірював самостійно).

1. Чи належить медсестрі взяти участь у регулюванні черги?

2. Поясніть свою відповідь.

#### **Еталон відповіді на ситуаційну задачу**

1. Так, медсестра, працюючи на прийомі, бере участь у регулюванні черги.

2. У цьому разі першим на прийом необхідно викликати пацієнта з високими показниками АТ, оскільки ймовірний розвиток ускладнень, що загрожують життю хворого (інфаркт, інсульт).

## ОБЛІКОВА І ЗВІТНА ДОКУМЕНТАЦІЯ НА ДІЛЬНИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Медичну документацію будь-якого закладу, зокрема закладу, що працює на засадах сімейної медицини, поділяють на облікову і звітну. Облікові форми застосовують для складання звітів про роботу того чи іншого закладу, вони є основою для аналізу його діяльності за певний період часу.

На дільниці загальної практики — сімейної медицини (далі — ЗПСМ) лікар та медсестра заповнюють первинну облікову документацію, що складається з низки форм, призначених для запису даних щодо стану здоров'я населення, обсягу наданої медичної допомоги.

Перелік облікової медичної документації в закладі ЗПСМ затверджено в частині №1 наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. «Про вдосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації». У зазначеному наказі визначено перелік облікової медичної документації закладу ЗПСМ, який налічує 33 форми.

### Перелік облікової медичної документації закладу загальної практики — сімейної медицини

*(Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1)*

1. Картка хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома (Ф—003-2/о).
2. Медична картка амбулаторного хворого (Ф—025/о).
3. Талон амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики — сімейної медицини (Ф—025-6-1/о).

4. Посімейний журнал дільниці сімейного лікаря (Ф—025-8-1/о).
5. Направлення на консультацію в діагностичні кабінети і лабораторії та результати обстежень (Ф—028-1/о).
6. Контрольна картка диспансерного нагляду (Ф—030/о).
7. Книга записів викликів лікарів додому (Ф—031/о).
8. Журнал записів пологової допомоги вдома (Ф—032/о).
9. Книга реєстрації листків непрацездатності (Ф—036/о).
10. Відомість обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома (Ф—039/о).
11. Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичну реакцію на щеплення (Ф—058/о).
12. Журнал обліку інфекційних захворювань (Ф—060/о).
13. Картка профілактичних щеплень (Ф—063/о).
14. Журнал обліку профілактичних щеплень (Ф—064/о).
15. Журнал запису амбулаторних операцій (Ф—069/о).
16. Довідка для отримання путівки (Ф—070/о).
17. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в цьому лікувальному закладі серед дітей віком до 17 років включно (Ф—071/о).
18. Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в цьому лікувальному закладі серед дорослого населення (Ф—071-1/о).
19. Зведена відомість обліку вперше зареєстрованих травм та отруєнь у цьому лікувальному закладі (Ф—071-2/о).
20. Санаторно-курортна картка (Ф—072/о).
21. Санаторно-курортна картка для дітей і підлітків (Ф—076/о).
22. Путівка до дитячого санаторію (Ф—077/о).
23. Медична довідка на учня, який від'їжджає в оздоровчий табір (Ф—079/о).
24. Направлення на МСЕК (Ф—088/о).
25. Направлення на обов'язковий попередній медичний огляд працівника (Ф—093/о).
26. Довідка про термін тимчасової непрацездатності для подання до страхової організації (Ф—094/о).
27. Лікарське свідоцтво про смерть (Ф—106/о-95).
28. Індивідуальна картка вагітної і породіллі (Ф—111/о).

29. Історія розвитку дитини (Ф—112/о).
30. Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду (Ф—122/о).
31. Журнал обліку померлих (Ф—151/о).
32. Журнал обліку новонароджених (Ф—152/о).
33. Рецепти (Ф—1, Ф—2).

Щоб спростити документообіг та роботу закладів ЗПСМ, частину документів вилучено з обов'язкового використання, і тим самим наказом затверджено перелік необов'язкової для ведення в закладі ЗПСМ облікової медичної документації, який складається з 14 форм.

## Перелік необов'язкової для ведення в закладі ЗПСМ облікової медичної документації

*(Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1)*

1. Вкладний листок № 1 до Ф—025/о (результати профілактичного огляду).
2. Вкладний листок № 2 до Ф—025/о (щорічний епікриз на диспансерного хворого).
3. Вкладний листок на підлітка до медичної картки амбулаторного хворого (Ф—025-1/о).
4. Статистичний талон реєстрації остаточної (уточненої) діагнозу (Ф—025-2/о) за умови переходу на талон амбулаторного пацієнта в закладі ЗПСМ (Ф—025-6-1/о).
5. Талон на прийом до лікаря (Ф—025-4/о).
6. Медичний паспорт сім'ї (Ф—025-8/о).
7. Відомість обліку відвідувань лікаря ЗПСМ мешканців сільських населених пунктів (Ф—039-10/о).
8. Картка попереднього запису на прийом до лікаря (Ф—040/о).
9. Картка звернення за антирабічною допомогою (Ф—045/о).
10. Картка імунізації (Ф—063-1/о).
11. Журнал (картка) медичної допомоги сім'ям (Ф—074-1/о).
12. Довідка про тимчасову неприцездатність (Ф—095/о).

13. Зошит обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (акушерки) (Ф—116/о).

14. Направлення на аналіз (Ф—200/о-207/о).

Ураховуючи специфіку роботи спеціалістів за фахом «ЗПСМ», затверджено 3 нові форми облікової документації:

- талон амбулаторного пацієнта в закладі ЗПСМ (Ф—025-6-1/о) (табл. 4);
- посімейний журнал дільниці лікаря ЗПСМ (Ф—025-8-1/о) (табл. 2);
- направлення на консультацію, у діагностичні кабінети, лабораторії (Ф—028-1/о) (табл. 3).

Таблиця 2. Зразок «Посімейного журналу» дільниці лікаря ЗПСМ (Ф—025-8-1/о)

(Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1)

				Код форми за ДКУД Код закладу за ЄДРПОУ													
Міністерство охорони здоров'я України				МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ (Ф—025-8-1/о) Затверджено наказом МОЗ України № _____													
Розпочато « ____ » ____ 200 ____ р.		“ПОСІМЕЙНИЙ ЖУРНАЛ” дільниці лікаря загальної практики — сімейного лікаря		Код сімейної дільниці													
Закінчено « ____ » ____ 200 ____ р.																	
Код сім'ї	Прізвище, ім'я, по батькові, родинні стосунки	Код члена сім'ї	Домашня адреса	Рік народження	Соціальна категорія	Місце роботи, навчання	Група здоров'я	Група ризику	Діагнози за хворював	Цифри за МКХ-10	Диспансеризація (з якого часу та в якого спеціаліста)	Флюорографія: дата та результат (норма, патологія)					Особливості при літві
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

**Таблиця 3. Зразок направлення на консультацію в діагностичні кабінети, лабораторії та результат обстежень (Ф—028-1/о)**  
(Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1)

		Код форми за ДКУД Код закладу за ЄДРПОУ
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ (Ф—028-1/о) Затверджено наказом МОЗ України № _____

**НАПРАВЛЕННЯ  
НА КОНСУЛЬТАЦІЮ В ДІАГНОСТИЧНІ КАБІНЕТИ, ЛАБОРАТОРІЇ І РЕЗУЛЬТАТ ОБСТЕЖЕНЬ**

1. Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта \_\_\_\_\_  
Код пацієнта \_\_\_\_\_
  2. Направлення на обстеження в \_\_\_\_\_ кабінет
  3. Вид обстеження \_\_\_\_\_
  4. У лабораторію для проведення аналізів \_\_\_\_\_
  5. На консультацію до спеціаліста \_\_\_\_\_
  6. Діагноз \_\_\_\_\_
  7. Результат обстежень \_\_\_\_\_
- Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, підпис \_\_\_\_\_

**Таблиця 4. Зразок талона амбулаторного пацієнта в закладі ЗПСМ (Ф—025-6-1/о)**  
(Витяг з наказу МОЗ України від 08.01.2004 р. № 1)

		Код форми за ДКУД Код закладу за ЄДРПОУ
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ (Ф—025-6-1/о) Затверджено наказом МОЗ України № _____

**ТАЛОН**

амбулаторного пацієнта в закладі ЗПСМ

1. Код сімейного лікаря, який розпочав лікування
2. Код сімейної дільниці
3. Прізвище, ініціали пацієнта

4. Код пацієнта
5. Дата народження (число, місяць, рік)
6. Стать: чол. — 1; жін. — 2
7. Адреса: село/місто, вул., буд. №, корп., кв.
8. Працює: так — 1; ні — 2
9. Контингенти: інваліди війни — 1; учасники війни — 2; учасники бойових дій — 3; інші інваліди — 4; ліквідатори аварії на ЧАЕС — 5; евакуйовані — 6; жителі, які проживають на території радіоекологічного контролю, — 7; діти, які народилися від батьків I—III груп, що постраждали від аварії на ЧАЕС, — 8
10. Мета обслуговування: лікувально-діагностична — 1; консультативна — 2; диспансерний нагляд — 3; профогляд — 4; медико-соціальна — 5; інші — 6
11. Спосіб життя
12. Група ризику
13. Група здоров'я
14. Випадок обслуговування: первинний — 1; повторний — 2

15. Місце обслуговування	Дати відвідувань (число, місяць)	Усього відвідувань
Поліклініка		
Удома		

16. Діагноз остаточний: основний (Код за МКХ-10)  
супутні  
Для кожного із захворювань: гостре захворювання — 1; уперше зареєстроване хронічне — 2; раніше відоме хронічне — 3; загострення хронічного — 4
17. Травми:  
пов'язані з виробництвом: у промисловості — 1; у сільсько-муніципальному господарстві — 2; дорожньо-транспортні — 3; інші — 4;  
не пов'язані з виробництвом: побутові — 5; вуличні — 6; дорожньо-транспортні — 7; спортивні — 8; шкільні — 9; інші — 10
18. Оперативна допомога (операції), виконана на прийомі
19. Диспансеризація: перебуває на обліку (вказати — сімейний лікар, вузький спеціаліст) взятий(а) на облік з ..... року

Знятий(а) з обліку

(число, місяць, рік)

Знятий(а) з обліку через:

поліпшення — 1; смерті — 2; вибув(ла) — 3

зміну діагнозу — 4

(число, місяць, рік)

20. Надані медичні послуги:

діагностичні

лікувальні

Направлений на консультацію (вказати спеціаліста)

Направлений на госпіталізацію (вказати заклад)

21. Інвалідність:

установлена вперше (гр. 1, 2, 3)

у т. ч. потерпілі від аварії на ЧАЕС (гр. 1, 2, 3)

підтверджена (гр. 1, 2, 3)

22. Документ про тимчасову непрацездатність

лікарняний листок

виданий

(число, місяць, рік)

закритий

(число, місяць, рік)

довідка

видана

(число, місяць, рік)

закрита

(число, місяць, рік)

23. Результати лікування:

одужання — 1; покращення — 2; без змін — 3; смерть — 4

24. Випадок обслуговування:

закінчений — 1; незакінчений — 2

25. Код лікаря, який закінчив лікування

Підпис

Дата

Талони з поміткою в пункті 24 «закінчений» підписує лікар, який закінчив лікування. Решту талонів треба відстежувати доти, доки обслуговування не закінчиться. У формуванні закінченого випадку поліклінічного обслуговування велику роль відіграє медична сестра, яка повинна переглядати тало-

ни, спостерігати, щоб лікар зробив усе належне з пацієнтом, обстеження і лікування якого ще не закінчені.

Для вдосконалення відбудовних процесів у закладах ЗПСМ відбувається моніторинг діяльності в динаміці. Затверджено форми тимчасової оперативної інформації про розвиток мережі закладів ПМСД на засадах сімейної медицини. Показниками для моніторингу є кадровий склад, ресурсне забезпечення, результати діяльності закладів ЗПСМ:

- кількість прикріпленого населення;
- кількість відвідувань сімейного лікаря;
- кількість померлих від інфаркту, інсульту;
- кількість уперше виявлених випадків туберкульозу, онкологічних захворювань;
- кількість викликів швидкої допомоги.

## Основні показники роботи дільниці сімейної медицини

### 1. Показник захворюваності:

$$X = \frac{\text{кількість уперше виявлених захворювань у цьому році}}{\text{середньорічна кількість населення}} \cdot 1000.$$

### 2. Показник хворобливості:

$$X = \frac{\text{кількість захворювань у населення за рік}}{\text{середньорічна кількість населення}} \cdot 1000.$$

### 3. Показники ефективності диспансеризації:

а) показник охоплення диспансерним спостереженням хворих:

$$X = \frac{\text{кількість диспансерних хворих на це захворювання}}{\text{кількість хворих на це захворювання}} \cdot 100;$$

б) своєчасність взяття на диспансерний облік:

$$X = \frac{\text{кількість хворих, узятих під нагляд з кількості вперше діагностованих хворих}}{\text{кількість хворих з уперше встановленим діагнозом}} \cdot 100;$$

в) повнота обстеження диспансерних хворих:

$$X = \frac{\text{кількість диспансерних хворих, обстежених у повному обсязі}}{\text{кількість диспансерних хворих}} \cdot 100;$$

г) показник активності сімейного лікаря:

$$X = \frac{\text{кількість активних відвідувань}}{\text{кількість диспансеризованих}} \cdot 100.$$

### Демографічні показники

1. Загальний показник народжуваності — кількість народжених за рік на 1000 осіб:

$$X = \frac{\text{кількість народжених живими}}{\text{середньорічна кількість населення}} \cdot 1000.$$

2. Середньорічна кількість населення:

$$X = \frac{\text{кількість населення на 01.01.} + \text{кількість населення на 31.12}}{2}.$$

3. Загальний показник смертності — частота смертей за рік на 1 тис. населення:

$$X = \frac{\text{кількість померлих протягом року}}{\text{середньорічна кількість населення}} \cdot 1000.$$

4. Дитяча смертність — частота смертей дітей першого року життя на 1 тис. народжених:

$$X = \frac{\text{кількість померлих у віці 0—12 міс}}{\frac{1}{3} \text{ народжених у минулому році} + \frac{2}{3} \text{ народилися в цьому році (живі)}} \cdot 1000.$$

5. Приріст населення — різниця показників народжуваності та смертності.

6. Середня тривалість життя в Україні для жінок — 73 роки, чоловіків — 62 роки. У Японії — на 10 років більше, у Франції — на 7.

## Тести

1. Облікова документація закладу сімейної медицини використовується для:

- а) складання звітів про діяльність закладів сімейної медицини;
- б) призначення лікування пацієнтам;
- в) реєстрації відвідувань сімейного лікаря;
- г) направлення хворих на госпіталізацію;
- г) усього переліченого вище.

2. Для моніторингу діяльності закладів сімейної медицини використовують такі показники:

- а) кадровий склад закладу;
- б) ресурсне забезпечення закладу сімейної медицини;
- в) кількість прикріпленого населення;
- г) кількість уперше виявлених випадків туберкульозу, онкологічних захворювань;
- г) усі перелічені вище.

3. До демографічних показників належать:

- а) показник захворюваності;
- б) показник хворобливості;
- в) показник охоплення диспансерним спостереженням;
- г) показник активності сімейного лікаря;
- г) загальний показник народжуваності.

4. Приріст населення — це:

- а) кількість захворювань на рік;
- б) кількість народжених за рік;
- в) різниця показників народжуваності та смертності;
- г) частота смертей дітей першого року життя;
- г) середня тривалість життя.

Еталони відповідей на тести

1 — г; 2 — г; 3 — г; 4 — в.

### *Ситуаційні задачі*

1. На дільниці сімейної медицини показник народжуваності — 12 на 1 тис. населення, показник смертності — 9 на 1 тис. населення. Розрахуйте приріст населення.

2. Розрахуйте показник захворюваності на дільниці сімейної медицини, де зареєстровано на 01.01 — 1410 осіб, на 31.12 — 1390. За рік зареєстровано 35 уперше виявлених хворих з гіпертонічною хворобою, ІХС, інсультом тощо.

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Приріст населення — це різниця показників народжуваності і смертності:

$$12 - 9 = 3 \text{ на } 1 \text{ тис. населення.}$$

2. Показник захворюваності:

$$X = \frac{\begin{array}{l} \text{кількість уперше виявлених} \\ \text{у цьому році захворювань} \end{array}}{\text{середньорічна кількість населення}} \cdot 1000.$$

а) середньорічна кількість населення:  $(1410 + 1390) : 2 = 1400$ ;

б) показник захворюваності:  $35 : 1400 \cdot 1000 = 25$  на 1000 осіб.

# РОДИНА І ЗДОРОВ'Я. РОБОТА МЕДСЕСТРИ З РОДИНАМИ ЯК ОДНА З ХАРАКТЕРНИХ ОЗНАК СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

## Функції родини

Робота з родинами — визначальна ознака сімейної практики. Попри стрімкі соціальні зміни, родина залишається первинною соціальною структурою суспільства. Вона заснована на подружньому союзі і родинних зв'язках. ВООЗ визначила такі функції родини:

### 1. Біологічна:

- а) відтворення виду;
- б) догляд за дітьми;
- в) забезпечення харчуванням усіх членів родини;
- г) захист здоров'я усіх членів родини;
- ґ) організація дозвілля.

### 2. Психологічна:

- а) емоційний захист;
- б) виховання почуття самоствердження;
- в) формування особистості;
- г) психологічний захист членів родини;
- ґ) допомога у встановленні соціальних зв'язків поза родиною.

### 3. Соціально-культурна:

- а) передача понять і норм поведінки, традицій, мови і етики;
- б) соціалізація дітей;
- в) встановлення норм поведінки для всіх стадій життя людини.

### 4. Економічна:

- а) нагромадження засобів для виконання інших функцій;
- б) розподіл засобів, облік витрат;

- в) економічне ведення господарства;
- г) економічна допомога членам родини.

5. Виховна:

- а) передача знань, умінь і навичок, необхідних для виконання інших функцій;
- б) готування дітей до способу життя дорослих;
- в) виконання функцій дорослої людини.

Виконання всіх функцій родини важливе не лише для її членів, а й суспільства загалом. З часом значущість тієї чи іншої функції змінюється або втрачається.

Кожна родина проходить кілька етапів свого розвитку:

I — період від укладання шлюбу до народження першої дитини. Іде адаптація до сімейного життя, один до одного, вирішуються проблеми житла, стосунків з родичами. Чимало молодих родин розпадається саме в цей період.

II — період народження і виховання дітей — основний етап життєвого циклу родини. Тут особливого значення набуває виховна функція, перевантаження чоловіка і дружини часто призводять до порушення емоційної і духовної єдності.

III — збігається із закінченням виховної функції родини стосовно дітей і появою нових ролей — бабусь і дідусів, зростає потреба в шануванні, увазі дітей та їхній допомозі.

Найкритичнішими в житті родини є періоди 3—7 і 17—25 років спільного життя.

Сім'я відіграє важливу роль у збереженні здоров'я її членів. Здорові стосунки в родині забезпечують фізичні й емоційні основи здоров'я. Поліпшується надання медичної допомоги хворому, про якого в родині турбуються, від участі (або неучасті) членів сім'ї залежить своєчасне виявлення, перебіг захворювання, ефективність лікування. Родинні конфлікти можуть спровокувати початок або загострення хронічних захворювань (стенокардія, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, енурез тощо). У разі конфлікту сімейна медсестра повинна знайти причину неблагополуччя, правильно оцінити ситуацію і провести психокорекцію на користь хворого.

## Конфліктологія родинного життя

Сімейні проблеми виникли не сьогодні. Однак у минулому вони не привертали такої уваги. Нині людина стала більш вимогливою в коханні, духовній сфері, сексі. З іншого боку, усі люди різні: одні розуміють кохання як статеву, інші — як духовну близькість. Багато хто намагається використати чоловіка або дружину для задоволення матеріальних потреб.

Тому в суспільстві все частіше і голосніше обговорюють такі проблеми, як неповні родини, розлучення, подружні конфлікти, самотність. Найчастіші причини конфліктів у родині:

- різні погляди на родину;
- пияцтво одного з членів подружжя;
- невірність;
- неповага один до одного;
- незадоволені потреби і несправджені надії;
- побутова невпорядкованість;
- неповага до родичів;
- небажання допомагати по господарству;
- ревності;
- різні духовні інтереси тощо.

Конфлікт може бути творчий, коли його учасники виявляють витримку, дошукуються причин і намагаються змінити вже сформовану ситуацію. При руйнівному конфлікті учасники ображають і принижують один одного, намагаються звинуватити інших, що призводить до зникнення взаємоповаги. Слід визнати, що більшість руйнівних конфліктів провокують жінки, які прагнуть зробити «на зло», «насолити», «провчити». Чоловіки частіше намагаються знайти конструктивний вихід із ситуації.

Для усунення конфлікту в родині необхідно дотримуватися таких правил:

- установіть причину конфлікту. Для цього намагайтеся почути одне одного;
- не ображайте один одного. Пам'ятайте: конфлікт повинен привести до конструктивного спілкування і встановлення доброзичливого мікроклімату в родині;

- не втягуйте в конфлікт третю особу, вільно чи невільно вона стане на чийсь бік. Неприпустима участь у конфлікті дитини, оскільки саме вона найбільше потерпає від батьківських сварок;
- не відволікайтеся від теми конфлікту, не намагайтеся відразу розв'язати всі проблеми;
- шукайте компроміс;
- виявіть почуття гумору, це іноді дає змогу згладити конфліктну ситуацію;
- майте мужність визнати помилку, якщо ви її допустили — вибачіться.

## Розлучення

Нині кожна третя пара розлучається. Переважно через легковажне ставлення до шлюбу, а також тому, що чоловік і жінка психологічно не готові до сімейного життя.

Психологи зійшлися на думці, що конфлікти, які призводять до розлучення, ґрунтуються на егоїзмі одного з членів подружжя або обох, їхньому нерозумінні й небажанні змінюватися, підпорядковувати свої інтереси потребам родини.

Випробуйте наведені нижче правила спілкування у своїй родині, і ви побачите, що спілкуватися і розуміти один одного вам стане легше.

## Правила спілкування в родині

1. Не намагайтеся переробити свою дружину (чоловіка), з повагою ставтеся до її (його) друзів і родичів, навіть якщо вони вам не подобаються.
2. Поступайтеся один одному. Зважайте на інтереси дружини (чоловіка). У своїх вимогах виявляйте здоровий глузд.
3. Якщо суперечка зайшла в глухий кут, переведіть розмову на іншу тему, а про це поговоріть пізніше.
4. Керуйте своєю поведінкою, не відповідайте на брутальність брутальністю.
5. Не будьте злопам'ятні.

6. Поважайте одне одного, виявляйте знаки уваги.
7. Висувайте високі вимоги до себе.
8. Прагніть бачити в людині гарне, підкреслюйте позитивні якості свого супутника.
9. Підтримуйте один одного.
10. Якщо ви все-таки зібралися розірвати шлюб, ось кілька порад людині, яка бажає розлучитися:
  - вирішуючи питання про розлучення, не піддавайтеся емоціям, подумайте про дітей і можливу самотність;
  - проконсультуйтеся з психологом або зателефонуйте в службу довіри: можливо, знайдеться інший вихід;
  - «пробне розлучення»: залишайтеся в будинку, проте господарюйте окремо;
  - відпочиньте один від одного;
  - якщо попри все вирішили розлучитися — розлучіться інтелігентно! Не втягуйте у процес розлучення своїх дітей. 2/3 дитячих неврозів виникає через розлучення батьків;
  - не забороняйте батькові (матері) бачитися з дитиною, оскільки це завдасть величезної шкоди психіці дитини.

Розлучення має як позитивні, так і негативні наслідки. До позитивних варто віднести можливість створення нової родини. Близько 25 % розлучених жінок і 50 % розлучених чоловіків повторно одружуються. Негативні наслідки — припинення репродуктивної функції жінок, які залишилися самотніми, розвиток комплексу неповноцінності в решті членів сім'ї, самотність і, як наслідок, нервово-психічні розлади, а головне — дитина, яку після розлучення виховує один із батьків, часто розвивається психологічно неповноцінно, що залишає глибокий слід на все життя.

## Вплив родини на здоров'я її членів і процес одужання

У 30-х роках ХХ ст. американські науковці вивчали взаємозв'язок між родиною і станом здоров'я населення. Їхній висновок такий: сім'я відіграє важливу роль під час захворювання,

оскільки члени родини формують ставлення пацієнта до свого стану і лікування (Richardson, Медична школа Cornell).

Знаний учений Р. Коллін, який склав анкету довголіття, зазначив, що одружена людина може додати до своєї передбачуваної тривалості життя ще 5 років, а за кожні 10 років, прожиті самотньо, відняти 1 рік. Відомий геронтолог Г. Піцхеларі зібрав відомості про взаємозв'язок шлюбу і довголіття. Майже всі довгожителі одружені. Найдовше живуть багатодітні жінки.

Учений Ф.М. Стехун вивчав і порівнював стан здоров'я чоловіків віком 18—45 років. Виявилось, що тривалий період холостяцького життя впливає на психічний стан. Дратівливість, замкнутість, невпевненість у собі чоловіків віком до 45 років реєстрували у 93,6 % холостяків і лише в 13,7 % одружених. У холостяків найчастіше реєструють простатит, статеві розлади.

Італійські вчені проаналізували показники смертності від хвороб і травм серед одружених, холостяків і розлучених. Виявилось, що порівняно з одруженими неодружені чоловіки хворіють на серце в 1,5 рази частіше, а розлучені — у 2 рази, на гіпертонічну хворобу відповідно у 2 і 3 рази, на рак органів травлення — у 1,5 і 2 рази частіше, на цироз печінки — у 3 і 7 разів частіше, потрапляють у автокатастрофи — в 1,5 і 4 рази частіше.

У родинях, де дитину виховує один з батьків, діти хворіють частіше. 70 % неврозів у дітей — це наслідок конфліктних стосунків між батьками. У дітей з неблагополучних родин частіше реєструють стрептококовий фарингіт, патологію дихальної системи, вони частіше перебувають на стаціонарному лікуванні.

Серйозну проблему становить вплив захворювання одного з членів на всю родину. Дослідження засвідчують, що в 1/3 родин, де є діти, хворі на цукровий діабет, частішають конфлікти між батьками. На батьків негативно впливає усвідомлення того, що дитина страждає на онкологічні або генетичні захворювання.

Смерть одного з подружжя тісно пов'язана з погіршенням стану здоров'я іншого. Серед осіб похилого і старечого віку з недостатньою сімейною підтримкою смертність у 2—3 рази вища, ніж у тих, хто має добру сімейну підтримку.

Останнім часом учені США і Канади вивчали вплив родини на перебіг хронічних захворювань, особливо в дітей. Доведено, що при виникненні і перебігу таких захворювань, як бронхіальна астма, хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет та інші, погана сімейна підтримка пояснюється низьким сприйняттям пацієнтами та їхніми родинами запропонованого їм лікування і оздоровчих заходів.

Таким чином, родина може як позитивно, так і негативно впливати на виникнення і перебіг захворювань. Тому сімейна медсестра повинна враховувати родинні стосунки та їхній вплив на процес одужання. Вона має доброзичливо ставитися до кожного члена родини, залучати всю родину для розв'язання проблем хворого, наголошувати на тому, що їй не байдужа підтримка родини. Медсестра повинна прагнути довести родину до стану рівноваги, бути адвокатом хворого та всієї родини.

Висока відповідальність медсестри перед суспільством викликає потребу розвивати кращі людські якості, високі духовні і моральні цінності, що допоможе в щоденній практиці.

## Родина і алкоголізм

Алкоголізм — це не просто хвороба, це хвороба сімейна. Лікарі-психотерапевти розглядають цілу систему паралельних симптомів як в алкоголіка, так і в членів родини: словесна і фізична агресія, сором, біль, відчуття провини, низька самооцінка, депресія. Часто алкоголізм провокує атмосфера скандалів або зайвої опіки в родині. Клод Штайнер, американський лікар-психотерапевт, припустив, що алкоголіку-одинаку буває легше кинути пити, ніж такому в сім'ї. Докори та сварки вбивають у людині бажання змінитися на краще. Зайва турбота теж уповільнює одужання: не можна примусити людину кинути пити, це має бути її самостійне рішення. Не можна рятувати людину від проблем, що підштовхують до вживання алкоголю, брати на себе її турботу про хліб насущний.

Водночас багато залежить від мотивації поведінки родичів. Якщо хворий бачить, що він усім байдужий, лікування не матиме ефекту.

Слід ураховувати, що не лише алкоголізм, а й вживання малих доз алкоголю можуть спричинити сварки і розлади в ро-

дині, оскільки призводять до балакучості, самозамилування, гострих конфліктів. Тому необхідно вирішити для себе, що вам дорожче: щасливе сімейне життя чи веселощі з випивкою. Треба пам'ятати також, що під час вагітності вживання алкоголю може спричинити найтяжчі ушкодження плода.

Подружній алкоголізм поділяють на:

- первинно подружній, коли шлюб беруть люди, що мають ознаки алкогольної залежності;
- справжній подружній, коли алкогольна залежність формується в період перебування в шлюбі.

Причинами справжнього подружнього алкоголізму часто є смерть або хвороба дитини, проблеми міжособистісних стосунків, формування алкоголізму в дружини вже сформованого алкоголіка. Прогноз у разі сімейного алкоголізму гірший, ніж для алкоголізму в одного з подружжя, оскільки рецидив захворювання в одного з подружжя провокує рецидив у другого.

Болючою проблемою на сьогодні є жіночий алкоголізм. Дослідження кількості споживання алкоголю серед старшокласників у США не виявляють значущих статевих розбіжностей. Співвідношення жінок і чоловіків серед хворих на алкоголізм у розвинених країнах Європи зараз перебуває між 1 : 5 і 1 : 2, а в недавньому минулому воно становило 1 : 12. У жінок, які страждають на алкоголізм, чоловіки теж зловживають алкоголем.

Подружній алкоголізм спричинює формування у дітей невротичних або психічних рис характеру, імовірність виникнення в майбутньому алкогольної залежності.

У 90 % родин алкоголіків порушуються батьківсько-дитячі стосунки (поява небажання мати дітей, відсутність уваги до потреб дітей, поширення фізичних покарань дітей, передчасне дорослішання дітей та інфатилізація батьків).

У сім'ях алкоголіків виникає сексуальна дисгармонія.

Отже, проблема подружнього алкоголізму дуже поширена, має різні причини і механізми, складні наслідки.

Сімейна медсестра повинна знати ці проблеми, щоб організувати в подібних родинах роботу зі збереження здоров'я всіх їхніх членів.

## Родина і наркоманія

Останнім часом наркоманія у світі набула характеру епідемії. Часто наркотики вживають навіть майбутні матері. Фахівці припускають, що це трапляється з кожною десятою вагітною. Кількість наркоманів серед молоді і підлітків зростає. Як свідчить практика, наркоманія — це не лише проблема підлітка, а і його батьків, усіх членів родини. Якщо в родині є наркоман, хворіє вся родина, причому родичі наркомана страждають навіть більше, ніж він сам. Усі члени сім'ї залежать від його непередбачуваної, неконтрольованої, найчастіше загрозливої поведінки. У родинях, де є наркомани, виділяють деякі характерні порушення сімейних взаємин:

- «відсутність меж» між членами родини. Наприклад, на запитання, поставлене синові, відповідає мати. Часто поведінка дорослих залежить від світогляду бабусі, дідуся;
- наявність у родині заборонених тем, що ніколи не обговорюються, але про них усі знають (попередній шлюб, смерть когось із рідних, її причини тощо);
- «ефект читання думок»: члени родини впевнені, що знають і розуміють думки один одного, навіть якщо їх не висловлюють;
- спілкування в «трикутниках»: дитина висуває претензії до батьків, звертаючись до посередників, а не до них;
- «домашнє злодійство».

Лише тоді, коли родина усвідомлює наркоманію як хворобу, а не порочну поведінку, що вимагає покарання, імовірно прогнозування тривалої ремісії і одужання. Стратегія програм психокорекції наркомана повинна включати і коригувальну роботу з членами їхніх родин: це поступовий емоційний поділ, установлення більш чітких міжособистісних меж, відповідальність за своє, а не чуже життя. Для досягнення цієї мети потрібно:

- відокремити особистість хворого від наркотика («Я ненавиджу наркотик, але я люблю людину»);
- отримувати допомогу і підтримку для себе;
- відокремлювати людину від її поведінки;
- бути м'яким з людиною, але жорстким щодо неприпустимої поведінки;

- дозволити наркоманові зіштовхнутися з наслідками його поведінки і пережити все, що він накоїв.

Велику роботу сімейна медсестра має проводити з вагітними і матерями-годувальницями, які вживають наркотики. Вагітна повинна розуміти, що, вживаючи наркотики, змушує свого ще не народженого малюка стати наркоманом, оскільки на дитину припадає 12 частина дози матері. Вживаючи наркотики під час грудного вигодовування, жінка змушує і дитину їх вживати, тобто порушує одне з основних положень конвенції ООН про захист прав дітей: «Ніхто не може змусити мене робити те, що шкодить моєму здоров'ю». Коли жінки-наркоманки припиняють грудне вигодовування малюка, у нього настає справжня ломка: він плаче, відмовляється від їжі, у нього можуть розвинутися судоми, токсичний гепатит, міокардит, неврологічні порушення (пізно починає тримати голівку, сидіти, ходити та ін.). Незміцнілий організм дитини може не впоратися з цими проблемами.

Сімейна медсестра повинна допомагати родині наркомана, працювати в тісному зв'язку з лікарями-психотерапевтами, наркологами. Це допоможе наркоманові розпочати процес одужання.

## Домашнє насильство

Домашнє насильство найчастіше спрямоване проти жінок і дітей. Насильство, спрямоване проти жінок, — глобальна епідемія. Згідно зі звітом, підготовленим лондонським інститутом «Рапос» — незалежною організацією, що спеціалізується на інформації про розвиток, найпоширенішим видом насильства є побутове. Ось деякі факти:

- у світі «бракує» 60 млн жінок, переважно в Азії. Це наслідок абортів після визначення статі плода, убивства новонароджених дівчаток та їх смерті від голоду і відсутності догляду;
- в Індії на сьогодні заборонили проводити УЗД вагітних, оскільки члени родини, довідавшись, що майбутня дитина — дівчинка, часто наполягають на аборті;

- у Великобританії щороку кожна десяту жінку піддають жорстокому побиттю;
- дослідження, проведені в Ізраїлі, Канаді і Бразилії, засвідчують, що насильницька смерть загрожує жінкам більшою мірою від їхніх партнерів, ніж від сторонніх чоловіків;
- у Росії кожен п'ятий убитий є жертвою побутового насильства, найчастіше це жінки;
- у США 14—20 % усіх жінок країни впродовж життя потерпали від зґвалтування. У більшості країн зґвалтування дружин чоловіками не карається законом.

Сімейна медсестра повинна знати цю статистику і враховувати такі факти, працюючи з різними родинами.

## Тести

### 1. Функції родини:

- а) біологічна;
- б) психологічна;
- в) економічна;
- г) виховна;
- г) усі, перелічені вище.

### 2. Головна функція II періоду розвитку родини:

- а) народження і виховання дітей;
- б) адаптація до сімейного життя;
- в) установлення соціальних зв'язків поза родиною;
- г) нагромадження засобів у родині;
- г) потреба в повазі й увазі дітей і онуків.

### 3. Рекомендації сімейної медсестри дружині для зняття конфлікту в родині:

- а) залучити подругу для розв'язання сімейного конфлікту;
- б) попросити маму поговорити з чоловіком для вирішення конфлікту;
- в) поговорити одне з одним без образ і з'ясувати причину конфлікту;
- г) вимагати від чоловіка вибачень;
- г) пожити тиждень окремо.

**4. Подружній алкоголізм сприяє:**

- а) погіршенню здоров'я чоловіка і жінки;
- б) появі сексуальної дисгармонії;
- в) небажанню мати дітей;
- г) розвитку психосоматичних і невротичних розладів у дітей;
- г) усьому, переліченому вище.

**5. Найнебезпечніший спосіб уведення наркотиків:**

- а) ковтати таблетки;
- б) нюхати різні речовини;
- в) палити сигарети;
- г) вводити їх внутрішньовенно.

**Еталони відповідей на тести**

1 -- г; 2 — а; 3 — в; 4 -- г; 5 — г.

## РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ В РОЗВ'ЯЗАННІ ПРОБЛЕМ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я. САНІТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА

Головне завдання закладів ПМСД — сімейної медицини — зберігати здоров'я, що дала природа, відновлювати і коригувати фізіологічні й анатомічні порушення в організмі людини.

Традиційно поняття «здоров'я» і «хвороба» вивчали як взаємозалежні: здоров'я — це відсутність хвороби, і навпаки. Нині існує понад 200 визначень стану здоров'я. У Великобританії інтерв'ювали 9000 респондентів, запропонувавши дати визначення поняттям «здоров'я» і «хвороба». Відповідь залежала від життєвого досвіду, віку, фізичної форми, стану життєво важливих функцій, статі: «здоров'я — це відсутність хвороби», «здоров'я — це резерв», «здоров'я — це збереження соціальних функцій», «здоров'я — можливість нормально жити і працювати» і т. ін.

ВООЗ визначає здоров'я як «стан повного фізичного, психічного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби».

Нині теоретики сформулювали кілька моделей здоров'я і хвороби. Проаналізувавши різні підходи, Tamтt описав 6 моделей здоров'я і хвороби. Три з них зосереджені переважно на здоров'ї (релігійна, гуманістична, міжособистісна), інші три — на хворобі (біомедична, психосоматична, екзистенційна).

1. Релігійна модель найдавніша. Здоров'я, згідно з цією моделлю, описують як «правильний шлях у житті». Головне значення мають релігійні причини: якщо людина живе в гармонії з Богом — вона здорова, якщо ні — тоді виникає хвороба. Одування пов'язане з відновленням космічного балансу, для чого цілителі виконують різні релігійні обряди.

2. Біомедична модель розглядає здоров'я як відсутність органічних порушень і суб'єктивного відчуття нездоров'я. За

цією моделлю розум і тіло розглядають як окремі складники. Тіло людини «подібне до машини», і його порушення спричинюють зовнішні чинники. Процес одужання залежить від лікаря, а не від богів. Уважають, що лікар повинен використовувати наявні в людині ресурси для самоодужання.

3. Психосоматична модель виникла в 30-х роках ХХ ст. і поєднує розуміння важливості розуму і тіла у виникненні захворювання. Відповідно до цієї моделі немає соматичних хвороб без психічних або (і) соціальних причин, і немає психічних захворювань без соматичних ознак. Хвороба виникає через взаємодію фізичних і психічних чинників. Одужання настане, якщо збалансувати систему розум—тіло.

4. Екзистенційна модель виникла в 40-х роках ХХ ст. Тут акцентують увагу на особистості. Кожна людина має право вибирати спосіб життя. Якщо її мета — активна життєва позиція, вона обирає здоров'я. Однак людина через інертність може не хотіти бути здоровою. Завдання медичного працівника полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові краще себе зрозуміти.

5. Гуманістична модель виникла в 50-ті роки ХХ ст. У поняття «здоров'я» включають біологічні і соціальні ознаки, перевагу віддають соціальним. Ця модель пов'язує здоров'я з довкіллям, описує здоров'я як процес, а не умови. Оскільки здоров'я є процесом, це означає, що сама людина відповідає за своє здоров'я.

6. Міжособистісна модель з'явилася на світ у 60-х роках минулого століття. Вона поєднує гуманістичну і релігійну модель, вважаючи, що здоров'я і хвороба пов'язані з надприродними силами.

Знання різних моделей здоров'я і хвороби сприяє кращому розумінню світогляду пацієнта, створює можливості для співпраці медсестри ЗПСМ з пацієнтом у розв'язанні проблем його здоров'я.

## Санологія і валеологія

Проблеми здоров'я вивчають науки санологія і валеологія. Санологія зародилася в 60-х роках ХХ ст., коли С.М. Павленко і С.Ф. Олійник обґрунтували науковий напрям «саноло-

гія» (sano — здоров'я, logos — наука). *Санологія* вивчає механізми відновлення порушеного здоров'я. Термін «валеологія» (vale — бути здоровим) увів Брехман у 80-х роках ХХ ст. *Валеологія* вивчає механізми підтримання і збереження здоров'я, способи подовження життя і збереження працездатності.

Для успішної роботи дільниці сімейної медицини медичні працівники хоча б наполовину мають бути валеологами, оскільки вони повинні вміти діагностувати рівень здоров'я за прямими показниками, прогнозувати стан пацієнта на найближчі роки, втручатися на етапі зниження рівня здоров'я, щоб запобігти розвитку захворювання. Саме цей принцип може радикально вплинути на кінцевий результат діяльності медичних працівників на дільниці сімейної медицини. Пацієнт повинен займати активну позицію: його ніхто не зможе оздоровити, якщо він сам не буде працювати зі своїм організмом.

Завдання медичних працівників — скласти програму оздоровлення, ґрунтуючись на конкретних умовах, переконати і навчити пацієнта враховувати конституційні, індивідуально-психологічні особливості, клімат у родині. Бесідуючи з членами родини, слід дотримуватися таких принципів:

- жоден медичний працівник, уся медицина не здатні зробити для людини більше, ніж вона сама;
- для ефективної роботи в інтересах свого здоров'я потрібно мати елементарні знання про основні функції організму, умови його нормальної роботи, найпростіші критерії здоров'я;
- для підтримання здоров'я необхідно працювати над собою не менше ніж одну годину на день.

## Індивідуальне і суспільне здоров'я

Об'єкти для оцінювання стану здоров'я на дільниці сімейної медицини — індивідуум, родина, громада.

Тому розрізняють індивідуальне і суспільне здоров'я.

При оцінюванні індивідуального здоров'я слід пам'ятати, що поняття «здоров'я», «хвороба» відносні.

Ще Авіценна виділяв 6 ступенів здоров'я:

1 — тіло цілком здорове;

- 2 — тіло здорове, але з незначними відхиленнями;
- 3 — тіло в доброму стані, швидко набуває здоров'я;
- 4 — тіло не здорове, однак і не хворе;
- 5 — тіло хворе на легку недугу;
- 6 — тіло серйозно хворе.

Нині використовують термін «практично здоровий» разом з терміном «здоровий». «Практично здорові» — це більшість населення, що не має хронічних захворювань або перехворіла на гостре захворювання і перенесла травми, але без порушень стану здоров'я. До цієї категорії належать і особи, які мають незначні вроджені дефекти, що не впливають на функції організму.

Суспільне здоров'я — це суспільна, соціально-політична і економічна категорія.

Для характеристики суспільного здоров'я використовують демографічні показники, показники фізичного розвитку населення, захворюваності, інвалідності, травматизму тощо.

Сімейна медсестра має пам'ятати, що суспільне здоров'я — це не лише медична проблема. Тому для покращення показників суспільного здоров'я медсестра повинна співпрацювати з органами влади на місцях, із громадськими організаціями, ставитися до родини як до одиниці медичного обслуговування.

## Чинники ризику і здоров'я

Чинники ризику досить численні. Їх поділяють на зовнішні і внутрішні (спадкові). Серед чинників довкілля найвагоміші такі:

- забруднення довкілля;
- нераціональне харчування;
- гіподинамія;
- стреси;
- тютюнопаління;
- зловживання алкоголем, наркотиками.

Умовно чинники ризику можна розподілити на такі, що найчастіше трапляються, і специфічні (чинники виробничої шкідливості або екологічні чинники, що діють на людину регу-

лярно, щодня). Ці чинники виділені в «Анкеті для раннього виявлення чинників ризику і захворювань».

### АНКЕТА №

для раннього виявлення чинників ризику і захворювань  
Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_  
Стать ч/ж Вік \_\_\_ Зріст \_\_\_ см Маса тіла \_\_\_ кг

Номер запитання, що характеризує Вашу скаргу, симптом чи чинник, потрібно обвести кружечком. Правильно заповнена анкета дасть змогу лікареві краще з'ясувати стан Вашого здоров'я.

**Функцію яких органів і систем потрібно, на Вашу думку, значно покращити?**

1. Легені.
2. Серцево-судинна система.
3. Шлунок, кишки.
4. Печінка, жовчний міхур.
5. Підшлункова залоза.
6. Нирки, сечовий міхур.
7. Нервова система.
8. Кістково-м'язова система.
9. Органи зору.
10. Вуха, горло, ніс.
11. Статеві органи.

**Чинники ризику**

12. Часті стреси.
13. Переважання в раціоні солоної, жирної, смаженої їжі.
14. Регулярне тютюнопаління.
15. Регулярне вживання алкоголю.
16. Незначна фізична активність.
17. Вживання наркотиків.
18. Високий (понад 140/90) АТ.
19. Велика частота застуд.
20. Велика частота ангі.

**Шкідливі чинники на роботі**

21. Хімічні речовини.
22. Опромінення.
23. Загазованість, пил.
24. Перепади температури.
25. Вібрація.
26. Значний шум.

**Ви стоїте на обліку через захворювання**

27. Серцево-судинної системи.
28. Дихальної системи.
29. Травної системи.
30. Сечової системи.
31. Статевої системи.
32. Нервової системи.
33. Ендокринної системи.
34. Органів зору і чуття.
35. Кістково-м'язової системи.

**Вас непокоїть:**

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 36. Головний біль.  | <b>Біль</b>                      | 76. Підвищена пітливість.                          |
| 37. Запаморочення.  | 53. У груднині.                  | 77. Підвищена спрага.                              |
| 38. Непритомність.  | 54. У надчеревній дільниці.      | 78. Випадіння волосся.                             |
| 39. Біль у ділянці серця.   | 55. У правому підребер'ї.        | 79. Тремтіння в тілі або руках.                    |
| 40. Біль за грудниною.  | 56. У кишках.                    | 80. Зниження маси тіла.                            |
| 41. Напад болю усувається вживанням нітрогліцерину або інших серцевих препаратів. | 57. Унизу живота.                | 81. Збільшення маси тіла.                          |
| 42. Порушення серцевого ритму (почастішання, уповільнення, перебої).              | 58. У ділянці відхідника.        | 82. М'язова слабкість.                             |
| <b>Задишка</b>  | 59. У попереку.                  | 83. Біль у хребті.                                 |
| 43. Постійна.   | 60. Напади ознобу.               | 84. Біль у суглобах.                               |
| 44. Нападopodobна.  | 61. Зниження апетиту.            | 85. Деформація суглобів.                           |
| 45. Під час фізичного навантаження.   | 62. Підвищення апетиту.          | 86. Скутість рухів у суглобах щоранку.             |
| 46. Напади ядухи.   | 63. Утруднене ковтання.          | 87. Підвищена роздратованість.                     |
| <b>Набряки</b>  | 64. Нудота.                      | 88. Безсоння.                                      |
| 47. Під очима щоранку.  | 65. Блювання.                    | 89. Сонливість.                                    |
| 48. На ногах наприкінці дня.  | 66. Печія.                       | 90. Сезонний нежить.                               |
| <b>Кашель</b>   | 67. Відрижка (повітрям, їжею).   | 91. Висипання на шкірі.                            |
| 49. Понад 3 міс.  | 68. Відчуття гіркоти в роті.     | 92. Свербіж шкіри.                                 |
| 50. Періодичний.  | 69. Сухість у роті.              | 93. Варикозне розширення вен.                      |
| 51. Сухий.  | 70. Закрепи.                     | 94. Порушення менструального циклу.                |
| 52. З виділенням мокротиння.  | 71. Пронеси.                     | 95. Зміни в грудній залозі.                        |
|   | 72. Часте сечовипускання.        | 96. Ви хворієте зазвичай більше двох разів на рік. |
|   | 73. Болюче сечовипускання.       |  |
|   | 74. Утруднене сечовипускання.    |  |
|   | 75. Виділення сечі в нічний час. |  |

Я ставлю свій підпис під тим, що медичну інформацію, якою я володію, тут зазначено.

Дата заповнення « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

Численні захворювання мають спадкове походження або схильність. Генотип, успадкований від батьків, може мати як нормальні, так і патологічно змінені гени. Крім того, упродовж життя в генах можуть відбуватися зміни — мутації. Нині відомо близько 3000 спадкових хвороб і генетично детермінованих синдромів.

Значення чинників ризику для здоров'я людини наведено в табл. 5.

Таблиця 5. Групи чинників ризику

Сфери	Значення для здоров'я, приблизна питома вага	Групи чинників
Спосіб життя	49—53	Тютюнопаління; незбалансоване, неправильне харчування; вживання алкоголю; шкідливі умови праці; стресові ситуації (дистреси); динамія, гіподинамія; незадовільні матеріально-побутові умови; вживання наркотиків, зловживання ліками; неміцні родини, самотність; низький освітній і культурний рівень; надмірно високий рівень урбанізації
Генетика, біологія людини	18—22	Схильність до спадкових хвороб; схильність до дегенеративних хвороб
Довкілля, природно-кліматичні умови	17—20	Забруднення повітря і води канцерогенами; забруднення ґрунту; різка зміна атмосферних явищ; підвищення геліокосмічних, магнітних та інших випромінювань
Охорона здоров'я	8—10	Неефективність профілактичних заходів; низька якість медичної допомоги; несвочасність медичної допомоги

## Санітарно-просвітня робота на дільниці сімейної медицини

Важливий розділ профілактичної діяльності є санітарно-просвітня робота. Її завдання — ознайомити кожну людину з причинами виникнення захворювань, чинниками ризику, наслідками, заходами профілактики, навчити пацієнта і його родину жити із захворюванням, яке вже є.

Методи санітарно-просвітньої роботи різноманітні: індивідуальні бесіди, бесіди з родиною, лекції в колективах, випуск санбюлетенів, виступи медичних працівників по радіо, на телебаченні, у пресі тощо.

Індивідуальні бесіди можна проводити під час прийому, відвідувань удома. Сімейні бесіди (формальні і неформальні) проводять на прийомі, якщо члени родини супроводжують хворого (батьки — дітей, дочка — матір похилого віку, чоловік — дружину і т. ін.) або медичний працівник відвідує хворого вдома. Спілкування повинне сприяти одужанню пацієнтів, зменшувати психологічне напруження в родині. Для проведення бесіди з кимось із членів родини потрібно мати дозвіл хворого. Тому треба ставити питання, пов'язані із залученням членів родини, наприклад: «Кого із членів родини краще запросити?», «Чи є потреба в присутності всіх членів родини?», «Чи запрошувати дітей?» тощо.

Такі розмови часто сприяють тому, що медичний працівник заручається підтримкою родини хворого, зникають непорозуміння між медичним працівником і членами родини.

Планові бесіди часто проводять з пацієнтами, які зловжили алкоголем, наркотиками, або з літніми людьми перед оформленням їх у будинок для людей похилого віку.

Завжди необхідно пояснити мету запрошення на бесіду, оскільки і пацієнт, і родичі можуть неправильно інтерпретувати запрошення. Мету запрошення можна пояснити хворому і запросити родичів через нього або надіслати лист із докладним поясненням мети візиту.

Важливо правильно побудувати бесіду. Подаємо орієнтований план бесіди:

1. Вітання всіх членів родини, починаючи зі старшого.

2. Запропонуйте правила бесіди: не перебивати один одного, вислухати кожного члена родини.
3. Записати діагноз хворого, імена всіх присутніх, час і мету бесіди.
4. Дати членам родини інформацію про хворого, відповіді на їхні запитання.
5. Поговорити з кожним членом родини окремо, з'ясувати позицію кожного.
6. Налаштувати родину на позитивний результат, привести позитивні приклади інших родин з подібними проблемами.
7. Скласти план подальших дій для кожного члена родини (як кожному поводитися для досягнення мети, де знайти додаткову інформацію тощо).

Якщо хворий не погоджується з членами родини, медсестра повинна підтримати хворого. У разі сімейного конфлікту медсестра докладає зусиль для його розв'язання.

Після бесіди медсестра повинна обговорити її результати з лікарем, отримати в нього відповіді на запитання, що виникли, з'ясувати доцільність наступних бесід та їхню частоту. Родинам, де бесіди не дали позитивних результатів, можна запропонувати консультацію психотерапевта.

Значення бесід при лікуванні пацієнта підтверджує вислів видатного лікаря М. Мудрова: «Сила лікаря не в тому, щоб максимально наблизитися до діагнозу у своєму постійному пошуку, а в налагодженні з пацієнтом такого контакту, за якого, попри фізичні страждання, він отримує впевненість у тому, що хвороба буде переможена».

Лекції на дільниці сімейної медицини медсестра може проводити в колективах, де зареєстроване якесь захворювання (вірусний гепатит, дизентерія, дифтерія тощо). Ставитися до проведення лекції слід відповідально. Рекомендується заздалегідь скласти текст лекції. Для цього потрібно:

- підібрати літературу на тему лекції;
- скласти план лекції;
- ознайомитися з літературними джерелами, визначити, які з них краще висвітлюють різні пункти вашого плану, зробити позначки для себе;

- написати текст лекції; внести короткі і переконливі дані про актуальність теми, статистичні дані, історичні факти, докладно зупинитися на причинах виникнення захворювання і заходах щодо його профілактики, бажано навести приклади з особистої практики;
- проводити лекцію потрібно в теплом приміщенні, спокійній обстановці, зрозумілою для слухачів мовою. На лекції слід стежити за реакцією аудиторії, залишити час для відповідей на запитання, що можуть виникнути в слухачів. Час проведення лекції обговорити заздалегідь.

Випускаючи санбюлетені, пам'ятайте, що текст має бути стислим, легко читатися, супроводжуватися ілюстраціями і схемами. Необхідно розкрити питання етіології, звернути увагу на початкові ознаки захворювання, методи його виявлення і профілактики.

## Медицина і засоби масової інформації

Публікації або сюжети на медичні теми в засобах масової інформації (ЗМІ) користуються великою популярністю серед населення. Журналісти часто спростовують інформацію, породжують «медичні сенсації», щоб зацікавити читача і глядача. Це нерідко призводить до негативних наслідків: несправджених надій, завищених вимог до медицини. Подібні висвітлення журналістів медична громадськість критикує.

Найчастіше висвітлюються такі напрями:

- новини медицини і фармацевтичного ринку, часто інформацію подають у некритичному оптимістичному тоні. Мета інформації — залучення інвестицій для проведення досліджень і отримання максимального прибутку для компаній;
- трагічні випадки і конфліктні ситуації, пов'язані з недоліками в лікуванні, побічною дією ліків, неуважністю або недбалістю медичних працівників. Попри те, що помилки у лікуванні і діагностиці повністю уникнути не можна, спрямованість деяких публікацій викликає в глядачів недовіру до медицини загалом;

- оздоровчі програми, завдяки яким широка громадськість отримує інформацію про стан здоров'я, основні методи його збереження. ЗМІ приділяють увагу зміні способу життя: подоланню шкідливих звичок, дієтичним рекомендаціям, методам самооздоровлення. Добре, якщо на передачу запрошують фахівців-медиків для коментування поданих матеріалів;
- несприятливий вплив чинників довкілля на здоров'я людини, екологічні проблеми.

Сімейна медсестра повинна пам'ятати, що вплив ЗМІ на проблеми, пов'язані зі здоров'ям, неоднозначні. Наприклад, поява в ЗМІ результатів обстеження, в яких застосування оральних контрацептивів пов'язувалося зі збільшенням ризику венозної тромбоемболії, призвело до відмови від протизаплідних засобів і різкого збільшення кількості абортів. Інформацію подано правдиву, але не зазначено, що ці висновки були попередніми.

Медсестра, маючи спеціальну освіту, повинна допомогти своїм пацієнтам зорієнтуватися в потоці інформації, завжди під час бесіди з'ясовувати, з якого джерела хворий отримав інформацію, пояснити цінність такого джерела, за потреби проконсультувати пацієнта у фахівців.

## Тести

1. Здоров'я, за визначенням ВООЗ, — це:

- а) відсутність хвороби;
- б) збереження соціальних функцій людини;
- в) можливість нормально жити і працювати;
- г) стан фізичного, духовного і соціального благополуччя;
- ґ) резерв життєвих сил організму людини.

2. «Здоров'я — відсутність органічних порушень в організмі. Тіло і розум людини — окремі складники». Ці підходи демонструють таку модель здоров'я:

- а) релігійну;
- б) гуманістичну;
- в) біомедичну;

- г) психосоматичну;
- г) екзистенціальну.

**3. Валеологія вивчає:**

- а) причини виникнення захворювань;
- б) методи лікування захворювань;
- в) механізми відновлення порушеного здоров'я;
- г) види профілактики захворювань;
- г) механізми підтримки і збереження здоров'я.

**4. Для оцінювання суспільного здоров'я застосовують:**

- а) демографічні показники;
- б) показники фізичного розвитку населення;
- в) показники захворюваності, інвалідності;
- г) усе, перелічене вище;
- г) усе, перелічене вище, — неправильно.

**5. До внутрішніх чинників ризику належать:**

- а) тютюнопаління, вживання алкоголю;
- б) адинамія, гіподинамія;
- в) неміцність родин, самотність;
- г) забруднення води і повітря канцерогенами;
- г) схильність до спадкових захворювань.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — в; 3 — г; 4 — г; 5 — г.

### *Ситуаційні задачі*

1. Жінка, 35 років, на профогляді скарг не має. Фізкультурою не займається, харчується не завжди раціонально. Ріст — 164 см, маса тіла — 72 кг. Внутрішні органи — без змін. Оцініть стан здоров'я за шкалою здоров'я *передхвороба—хвороба* і за шкалою Авіценни. Ваші рекомендації пацієнтці.

2. Чоловік, 37 років, проходить профілактичний огляд. Скарг не має. Маса тіла 82 кг, ріст 175 см. АТ — 150/95 мм рт. ст. Межі серця не змінені. Палить 2 пачки сигарет на день. У матері — гіпертонічна хвороба. Батько рік тому помер від інсульту.

Оцініть стан здоров'я пацієнта. Чи є в нього чинники ризику здоров'я? Ваші рекомендації пацієнтові.

3. У регіоні А: показник народжуваності — 32,6, смертності — 26,0, кількість пологів — 18 481, абортів — 15 711.

У регіоні В: показник народжуваності — 17,5, смертності — 30,1, кількість пологів — 18 162, абортів — 33 561. Оцініть суспільне здоров'я регіонів А і В.

4. До сімейної медсестри звернулася жінка, у чоловіка якої виявлено рак легенів. Хворий у газеті прочитав про цілительку, яка виліковує хворих на рак IV стадії. Пацієнт хоче відмовитися від операції, запропонованої онкологом, і звернутися за допомогою до цілительки. Яку пораду дасть сімейна медсестра?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Здорова. II ступінь — тіло здорове, але з незначними відхиленнями. Потрібно знизити масу тіла, оскільки надлишкова маса тіла є чинником ризику багатьох захворювань (цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба тощо).

2. Передхвороба. Є зовнішні (тютюнопаління, підвищена маса тіла) і внутрішні чинники ризику (генетична схильність до гіпертонічної хвороби). Рекомендації спрямовані на:

- зниження маси тіла (гіпокалорійна дієта, заняття спортом);
- нормалізація праці і відпочинку;
- контроль АТ (обмежити вживання солі, рідини).

3. У регіоні А показники суспільного здоров'я кращі, оскільки відбувається природний приріст населення (показник народжуваності перевищує показник смертності), позитивний факт — перевищення кількості пологів над кількістю абортів. У регіоні В іде зниження чисельності населення (смертність перевищує народжуваність), несприятливий факт — перевищення кількості абортів над кількістю пологів.

4. Пояснити жінці, що інформація ЗМІ не завжди буває правдивою. Відмова від операції може позбавити пацієнта шансу на одужання.

---

## УЧАСТЬ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

### Рух і здоров'я

Гіподинамія, або малорухливий спосіб життя, є одним з чинників ризику, що спричинює виникнення багатьох захворювань, таких, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, ожиріння. У фізично бездіяльних людей у 2 рази частіше реєструють захворювання серцево-судинної системи. Малорухливий спосіб життя є однією з причин раптової смерті. Під час регулярних занять фізичними вправами підвищується рівень здоров'я, частота звернень за медичною допомогою через хвороби знижується у 2—3 рази, падає кількість загострень хронічних захворювань на 10—26 % (за різними даними).

Сімейна медсестра повинна пропагувати фізичну активність, уміти грамотно консультиувати пацієнтів.

Значна роль рухової активності у формуванні людини простежується на всіх етапах її розвитку. У ранньому дитинстві, дошкільному і шкільному віці розвиток організму неможливий без руху, ігор. Ще Ж.-Б. Ламарк говорив: «Функція будує орган». У молодому і дорослому віці фізичні вправи зміцнюють опорно-руховий апарат, корисно впливають на вегетативну нервову систему, у людей похилого віку дають змогу зберегти гнучкість хребта, зміцнити серцево-судинну систему, збільшити життєву ємність легенів. Фізична активність сприятливо впливає на психічну діяльність людини, підвищує її тонус, робить її бадьорою і життєрадісною, поліпшує розумову діяльність, розширює творчі можливості. М'язова активність поліпшує діяльність вегетативної нервової системи (симпатичної і парасимпатичної). Симпатичний відділ тісно пов'язаний із

наднирковими залозами, які виділяють адреналін, норадреналін, стероїдні гормони, що регулюють життєво важливі процеси в організмі, покращують пристосування організму до умов зовнішнього середовища, підвищують опірність організму.

Таким чином, впливаючи на всі функції і системи організму людини, рух є основою здоров'я.

Існує низка необхідних фізичних навантажень, без яких не можна забезпечити нормальне функціонування організму. Потрібно:

- займатися ходінням як мінімум 30—60 хв хоча б 3 рази на тиждень;
- робити ранкову гімнастику щодня протягом 15—20 хв для всіх груп м'язів.

Пацієнтам можна рекомендувати найрізноманітніші види фізичних вправ: плавання, біг, ходьба, їзда на велосипедах, аеробіка, веслування, походи в ліс за грибами, ягодами тощо.

**Ходьба** — найдоступніший вид фізичних вправ, що рекомендують людям будь-якого віку. Починають ходьбу з 1—2 км. При збільшенні навантажень спочатку подовжують час прогулянок, а потім прискорюють їхній темп.

**Біг** сприяє більш напруженій роботі м'язів. Витрата енергії зростає у 6—8 разів і за 10 хв перегонів становить 90—100 ккал. Підвищується діяльність серцево-судинної і дихальної систем. Розпочинати заняття бігом треба після консультації з лікарем.

Дуже корисні **купання і плавання**. Вода масажує шкіру і м'язи, поліпшує обмін речовин, тренує дихальну і серцево-судинну системи. Навантаження залежить від швидкості плавання і відстані.

**Гімнастика** — різноманітна, багата на фізичні вправи, впливає на всі системи організму, розвиває силу, гнучкість, витривалість, покращує координацію рухів. Ймовірний індивідуальний підбір вправ та їхнє дозування.

Кожна вправа має певне функціональне навантаження, наприклад:

- вправи на кшталт підтягування поглиблюють дихання, поліпшують поставу, збільшують рухливість хребта;
- присідання зміцнюють м'язи ніг і м'язи живота;
- поштовхові і махові рухи руками зміцнюють м'язи плечового пояса тощо.

Останнім часом у гімнастичних залах значно поширені тренажери — технічні пристрої або пристосування для вироблення і удосконалювання рухових навичок і вмій. Тренажери поділяють на спортивні, професійно-прикладні, лікувальні та оздоровчі.

Оздоровчі — призначені для людей різних вікових груп. Для розвитку м'язової сили вдома можна використовувати бігову доріжку, велотренажер, «диск здоров'я», еластичні бинти, еспандери, гантелі тощо.

**Аеробіка** — комплекс фізичних вправ, що включає розминку і ходіння з нормованою швидкістю і виконується на повітрі, частіше під музику. Рухова активність поєднується з інтенсивним споживанням кисню. Знімається втомлюваність, слабкість, відновлюються сили.

**Головні принципи тренувань:**

- поступовість;
- систематичність;
- індивідуальний підхід до занять.

Приступаючи до фізичних вправ, необхідно перевірити вихідну тренуваність. Її визначають за показниками роботи серцево-судинної і дихальної систем.

**Алгоритм проведення проби з присіданнями**

Показання: контроль вихідної тренуваності, дозування фізичних навантажень, контроль динаміки фізичного стану осіб, які займаються спортом.

1. Станьте, поставте ноги разом. Порахуйте пульс	П1
2. Повільно зробіть 30 присідань, тримаючи тулуб прямо, піднімаючи руки вперед і розводячи коліна в різні боки. Порахуйте пульс	П2
3. Через 1 хв після присідань порахуйте пульс	П3
4. Підрахуйте індекс Фур'є (Р)	$P = (П1 + П2 + П3 - 200) / 10$
5. Оцініть отримані результати	Реакція на фізичне навантаження: 1 — відмінна; 2—5 — добра; 6—10 — задовільна; 11—15 — слабка; понад 15 — незадовільна

Важливий критерій правильності навантажень — час відновлення пульсу після занять. Для цього рахують пульс у перші 10 с після навантаження. У разі правильної організації занять пульс знижується:

- через 1 хв — на 20 %;
- через 3 хв — на 30 %;
- через 5 хв — на 50 %;
- через 10 хв — на 70 %.

Під час регулярних занять фізкультурою і спортом потрібно систематично спостерігати за станом свого здоров'я. Самоконтроль можна проводити простими методами, з огляду на такі показники: маса тіла, пульс, спірометрія, самопочуття, сон тощо. Можна порекомендувати вести щоденник самоконтролю. Наприклад:

Показники	Дати				
1. Суб'єктивні: <ul style="list-style-type: none"><li>• самопочуття;</li><li>• працездатність;</li><li>• сон;</li><li>• апетит;</li><li>• бажання продовжувати вправи</li></ul>					
2. Об'єктивні: <ul style="list-style-type: none"><li>• пульс (у стані спокою, після занять, через 5 хв після відпочинку);</li><li>• маса тіла</li></ul>					

## Загартовування організму

Що таке загартовування? В. Даль вважав, що гартувати людину — це «привчати її до всіх поневірянь, потреб, негоди, виховувати в суворості».

Відомий російський педіатр, активний прихильник загартовування Г.Н. Сперанський розглядав загартовування як виховання в організмі здатності швидко і правильно пристосовуватися до мінливих зовнішніх умов.

Будь-яке вдосконалювання — це тривале тренування. Отже, *загартовування* — це своєрідне тренування захисних сил організму, підготовка їх до сучасної мобілізації.

Загартовування не лікує, а запобігає хворобі, і в цьому його найважливіша профілактична роль. Загартована людина легко переносить не лише спеку і холод, а й різкі зміни зовнішніх температур, що здатні послабити захисні сили організму.

Головне ж полягає в тому, що загартовування прийнятне для будь-якої людини, тобто ним можуть займатися люди будь-якого віку незалежно від ступеня фізичного розвитку. Загартовування підвищує працездатність і витривалість організму. Процедури, що загартовують, нормалізують стан емоційної сфери, роблять людину більш стриманою, урівноваженою, вони збадьорюють, поліпшують настрій. На думку йогів, загартовування організму призводить до злиття тіла з природою.

### Історія загартовування

Загартовування як засіб підвищення захисних сил виникло дуже давно. Практично в усіх культурах різних країн світу його застосовували як профілактичний засіб зміцнення людського духу і тіла.

Велику увагу фізичним вправам, загартовуванню і гігієні тіла приділяли в Стародавній Греції і Стародавньому Римі. Там існував культ здоров'я і краси тіла, тому загартовування було невід'ємним складником фізичного виховання.

Загартовування в цих країнах мало на меті зміцнення здоров'я і вироблення в людини здатності переносити всілякі поневіряння. За свідченням Плутарха, загартовування хлопчиків у Стародавній Спарті починалося з раннього дитинства. З семи років їх виховували в громадських будинках у ще суворіших умовах: стригли наголо, змушували ходити босоніж у будь-яку погоду, а в теплу пору року — оголеними. Коли дітям виповнювалося 12 років, їм видавали плащі, які вони мали носити цілий рік. Гарячою водою їм дозволяли митися лише кілька разів на рік. І в зрілому віці вони мали жити так, як прийнято за звичаєм.

Велику увагу в Спарті приділяли і фізичному розвитку жінок. Як і чоловіки, вони також вправлялися в бігу, боротьбі,

киданні диска і списа, щоб їхні тіла були сильні і міцні і щоб такими ж були й народжувані ними діти, — пише Плутарх. — Загартовані такими вправами, вони легше могли винести муки дітонародження і вийти з них здоровими».

Стародавні римляни значною мірою запозичили і трансформували давньогрецьку культуру. У них найважливішим засобом для загартовування була лазня. Римські лазні, або терми, — просторі і досить місткі будинки, вибудовані з чудових сортів мармуру (терми Діоклетіана (505—506 рр.) уміщали 3500 осіб для одночасного купання).

У термах були приміщення для роздягання, гімнастичних вправ і масажу, тут були гаряча лазня, басейни з теплою і холодною водою, душі, широко використовувалися піскові і грязеві ванни. На дахах багатьох терм улаштували майданчики для прийому сонячних ванн.

Загартовування як профілактичний засіб рекомендували такі видатні вчені, як Гіппократ, Демокрит, Асклепід та ін. Гіппократ писав: «Щодо стану погоди на щодень, то холодні дні зміцнюють тіло, роблять його пружним і витривалим».

Одним із засобів загартовування є перебування під сонячними променями. Цілюща дія сонячних променів добре znana в Стародавньому Єгипті, про це свідчать написи на стінах стародавніх храмів. Першим лікарем, який рекомендував застосування сонячних ванн із лікувальною метою, був Гіппократ.

У Стародавньому Китаї профілактика хвороб і зміцнення здоров'я мали державний характер. «Мудрий, — написано в «Трактаті про внутрішнє», — лікує ту хворобу, якої ще немає в тілі людини, оскільки застосовувати ліки, коли хвороба вже почалася, це все одно, що починати копати колодязь, коли людину вже мучить спрага, або кувати зброю, коли супротивник уже розпочав бій. Хіба це не занадто пізно?» Тому в давньокитайській медицині велику увагу приділяли заходам, спрямованим на зміцнення здоров'я. Найважливішими засобами для цього вважали фізичні вправи, водні процедури, сонячне опромінення, масаж, лікувальну гімнастику, діету.

Одним з найважливіших напрямів у медицині Стародавньої Індії було запобігання захворюванням, використання різних вправ, наприклад йоги, спрямованих на підтримку і зміцнення здоров'я, досягнення моральної і психологічної рівноваги.

З огляду на вчення про 3 «органічні рідини» (жовч, слиз і повітря) і 5 космічних елементів (земля, вода, вогонь, повітря і ефір — джерело світла), стародавні індуси визначали здоров'я як наслідок рівномірного їх змішування, правильного здійснення життєвих відправлень тіла, нормального стану органів чуття та ясності розуму. Тому лікарі спрямовували зусилля на врівноважування порушеного співвідношення рідин та елементів. Про використання води в Стародавній Індії з метою зміцнення здоров'я людини йдеться у священних індуських книгах «Веди»: «Цілющий потік води. Вода охолоджує жар гарячки. Вона зцілює від усіх хвороб. Лікування тобі приносить біг води».

Особливого значення загартовуванню надавали на Русі. Тут воно мало масовий характер. «Росіяни — міцний, сильний, витривалий народ, здатний легко переносити і холод, і спеку. Взагалі в Росії люди здорові, доживають до глибокої старості й рідко хворіють», — писав Олеарій.

Здавна слов'янські народи використовували для зміцнення здоров'я баню з подальшим розтиранням снігом або купанням в озері в будь-яку пору року. Баня мала лікувальну і оздоровчу функції. Особливу увагу загартовуванню приділяли в російській армії, де для «міцності і здоров'я тіла» також широко застосовували російську баню.

Російським лікарям, письменникам, діячам науки належить провідна роль у розробленні методики загартовування та її наукове обґрунтування. Їхні погляди на роль загартовування в зміцненні здоров'я людини засновані на визнанні визначальної ролі чинників довкілля для життєдіяльності організму, його залежності від умов, в яких він існує і розвивається. Так, А.М. Радищев у праці «Про людину, про її смертність і безсмертя», що вийшла у XVIII ст., писав: «Усе діє на людину. Їжа її й харчування, зовнішній холод і тепло, повітря, навіть саме світло».

### Принципи загартовування

Загартовування — це уміле використання вироблених, створених тисячолітньою еволюцією фізіологічних механізмів захисту і адаптації організму. Воно дає змогу задіяти прихо-

вані можливості організму, мобілізувати в потрібний момент захисні сили і тим самим усунути небезпечний вплив несприятливих чинників довкілля.

Починаючи загартовування, варто дотримуватися таких принципів:

- систематичність використання загартовувальних процедур. Загартовування організму треба проводити систематично, щодня впродовж усього року, незалежно від погодних умов і без тривалих перерв. Найкраще, якщо використання загартовувальних процедур закріплюється режимом дня. Тоді організм виробляє певну стереотипну реакцію на застосований подразник: зміна реакції організму на вплив холоду, що розвивається внаслідок повторного охолодження, закріплюється і повторюється лише в разі чіткого режиму повторення охолоджень. Перерви в загартовуванні знижують набуту організмом стійкість до температурних впливів. У цьому разі немає швидкої адаптаційної відповідної реакції. Так, проведення загартовувальних процедур протягом 2—3 міс, а потім їхнє припинення призводить до того, що загартованість організму зникає через 3—4 тиж, а в дітей — через 5—7 днів;
- поступове збільшення сили подразнювального впливу. Загартовування матиме позитивний результат лише в тому разі, якщо сила і тривалість дії загартовувальних процедур наростатимуть поступово. Не слід починати загартовування відразу з обтирання снігом і купання в ополонці. Таке загартовування може нашкодити здоров'ю. Перехід від менш до більш сильних впливів має здійснюватися поступово, з урахуванням стану організму і характеру його відповідних реакцій на вплив. Особливо це важливо враховувати при загартовуванні дітей і людей похилого віку, а також людей з хронічними хворобами серця, легенів і травного каналу. На початку застосування загартовувальних процедур в організмі виникає відповідна реакція у дихальній, серцево-судинній, центральній нервовій системі. Після кількох повторень цієї процедури реакція організму на неї поступово слабшає, а подальше її використання вже не дає ефекту.

Тоді треба змінити силу і тривалість впливу загартовувальних процедур на організм;

- послідовність у проведенні загартовувальних процедур. Необхідне попереднє тренування організму більш щадними процедурами. Розпочинати можна з обтирання, ножних ванн, а вже згодом перейти до обливань, дотримуючись при цьому принципу поступовості зниження температури. Під час загартовування найкраще дотримуватися відомого медичного правила: слабкі подразники сприяють кращому функціонуванню організму, сильні — заважають йому, надмірні — згубні;
- урахування індивідуальних особливостей людини і стану її здоров'я. Загартовування досить сильно впливає на організм, особливо на осіб, які ніколи ним не займалися. Тому, перш ніж приступити до загартовувальних процедур, варто звернутися до лікаря. З огляду на вік і стан організму пацієнта лікар допоможе правильно підібрати загартовувальний засіб і порадить, як його застосовувати, щоб запобігти небажаним наслідкам. Лікарський контроль під час загартовування дасть змогу виявити ефективність загартовувальних процедур або небажані відхилення в стані здоров'я, а також допоможе лікареві спланувати характер загартовування надалі. Важливим чинником оцінювання ефективності загартовування є самоконтроль. При самоконтролі особа, що загартовується, свідомо стежить за своїм самопочуттям і на підставі цього може змінювати дозування загартовувальних процедур. Самоконтроль проводять з урахуванням таких показників: загальне самопочуття, маса тіла, пульс, апетит, сон;
- комплексність впливу природних чинників. До природних чинників зовнішнього середовища, що використовують для загартовування організму, належать повітря, вода і сонячні промені. Вибір загартовувальних процедур залежить від низки об'єктивних умов: пори року, стану здоров'я, кліматичних і географічних умов місця проживання. Найефективніше використовувати різноманітні загартовувальні процедури, в яких зосереджується весь комплекс природних сил, які щодня впливають на людину.

ну. Загартовувального ефекту досягають не лише з допомогою спеціальних загартовувальних процедур, а й завдяки оптимальному мікроклімату приміщення, у якому перебуває людина, теплозахисним властивостям одягу, які створюють мікроклімат для тіла. Найсприятливіший для загартовування так званий динамічний, або пульсівний, мікроклімат, коли температура підтримується не на постійному рівні, а коливається в певних межах. Тренувати організм треба швидкими і уповільненими, слабкими, середніми і сильними впливами холоду. Таке комплексне тренування має досить велике значення. В іншому разі виробляється біологічно недоцільний, жорстко закріпленний стереотип стійкості лише щодо вузького діапазону впливів холоду. Ефективність дії загартовувальних процедур значно підвищується, якщо їх поєднувати зі спортивними вправами. При цьому важливо домагатися, щоб величина навантажень на організм була також різною.

#### Основні методи загартовування

**Загартовування повітрям.** Важливою і винятковою особливістю повітряних процедур як загартовувального засобу є те, що вони доступні для людей будь-якого віку і їх можуть широко застосовувати не лише здорові, а й особи з деякими захворюваннями. Більше того, при деяких захворюваннях (неврастенія, гіпертонічна хвороба, стенокардія) ці процедури призначають як лікувальний засіб. Зазначений вид загартовування треба починати з вироблення звички до свіжого повітря. Велике значення для зміцнення здоров'я мають прогулянки.

Загартовувальна дія повітря на організм сприяє підвищенню тонуусу нервової та ендокринної систем. Під впливом повітряних ванн поліпшуються процеси травлення, удосконалюється діяльність серцево-судинної і дихальної систем, змінюється морфологічний склад крові (підвищується кількість еритроцитів і рівень гемоглобіну). Перебування на свіжому повітрі поліпшує загальне самопочуття організму, впливаючи на емоційний стан, дає відчуття бадьорості і свіжості.

Загартовувальний ефект повітря на організм є наслідком комплексного впливу низки фізичних чинників: температури, вологості, напрямку і швидкості руху. Крім того, на березі моря на людину впливає і фізичний склад насиченого солями (що містяться в морській воді) повітря.

За температурними відчуттями розрізняють такі види повітряних ванн: гарячі (понад 30 °С), теплі (понад 22 °С), індиферентні (21—22 °С), прохолодні (17—21 °С), помірно холодні (13—17 °С), холодні (4—13 °С), дуже холодні (нижче ніж 4 °С).

Треба пам'ятати, що подразнювальна дія повітря впливає на рецептори шкіри тим різкіше, чим більша різниця температур шкіри і повітря.

Більш виражену дію справляють прохолодні і помірно холодні повітряні ванни. Застосовуючи для загартовування все більш прохолодні повітряні ванни, ми при звичаємо організм до низьких температур зовнішнього середовища, активізуємо компенсаторні механізми, що забезпечують терморегуляторні процеси. Унаслідок загартовування насамперед тренується рухливість судинних реакцій, що є захисним бар'єром організму від різких перепадів зовнішніх температур.

Повітряні процедури для загартовування можна застосовувати або перебуваючи на відкритому повітрі (прогулянки, спортивні заняття), або приймаючи повітряні ванни, коли повітря певної температури короткочасно діє на оголену поверхню тіла людини.

*Прогулянки на повітрі* проводять у будь-який час року незалежно від погоди. Тривалість прогулянок установлюють індивідуально для кожної людини, залежно від стану її здоров'я і віку. Збільшення часу прогулянок проводиться поступово з урахуванням перелічених чинників і ступеня тренуваності організму, а також температури повітря.

Перебування на повітрі доцільно поєднувати з активними рухами: узимку — катаючись на ковзанах і лижах, улітку — граючи в м'яч та інші рухливі ігри.

*Повітряні ванни* готують організм до наступних загартовувальних процедур, наприклад до загартовування водою.

Повітряні ванни дозують двома методами: поступовим зниженням температури повітря і збільшенням тривалості процедури за тієї самої температури.

Починати прийом повітряних ванн треба в кімнаті незалежно від пори року за температури не нижче ніж 15—16 °С, і лише через деякий час можна переходити на відкрите повітря. Їх приймають у добре провітреному приміщенні. Оголивши тіло, варто залишатися в такому стані на початку курсу загартовування не більше ніж 3—5 хв (надалі збільшуючи час). При прийомі прохолодних і особливо холодних ванн рекомендується активно рухатися: виконувати гімнастичні вправи, ходьбу, біг на місці.

Після відповідної попередньої підготовки можна переходити до прийому повітряних ванн на відкритому повітрі. Їх слід приймати в місцях, захищених від прямих сонячних променів і сильного вітру. Починати прийом повітряних ванн на відкритому повітрі треба з індиферентної температури повітря, тобто 20—22 °С. Перша повітряна ванна має тривати не більше 15 хв. Тривалість кожної наступної повітряної ванни має збільшуватися на 10—15 хв.

Холодні ванни дозволено приймати лише загартованим людям. Процедури повинні тривати не більше 1—2 хв з поступовим збільшенням до 8—10 хв.

Прийом повітряних ванн на відкритому повітрі треба починати не раніше ніж через 1,5—2 год після їди і закінчувати загартовування за 30 хв до вживання їжі.

Важливою умовою ефективності загартовування на відкритому повітрі є носіння одягу, що відповідає погодним умовам. Одяг має забезпечувати вільну циркуляцію повітря.

**Загартовування сонцем.** Сонячні інфрачервоні промені вирізняються чітко вираженою тепловою дією на організм. Вони сприяють утворенню додаткового тепла в організмі. Унаслідок цього посилюється діяльність потових залоз і збільшується випаровування вологи з поверхні шкіри: відбувається розширення підшкірних судин, виникає гіперемія шкіри, посилюється кровообіг усіх тканин організму. Інфрачервоне опромінення посилює вплив на організм УФ-радіації. УФ-промені справляють переважно хімічну дію, даючи значний біологічний ефект: УФ-опромінення сприяє утворенню в організмі вітаміну D, що справляє виражену антирахітичну дію; прискорює обмінні процеси; під його впливом утворюються високоактивні продукти білкового обміну — біогенні стимулятори.

УФ-промені сприяють покращенню складу крові, мають бактерицидну дію, тим самим підвищуючи опірність організму до простудних та інфекційних захворювань; тонізують практично всі функції організму.

Шкіра різних людей має різний ступінь чутливості до сонячного опромінення. Це пов'язано з товщиною рогового шару, ступенем кровопостачання шкіри і здатністю її до пігментації.

Сонячні ванни з метою загартовування варто приймати дуже обережно, інакше замість користі вони можуть завдати шкоди (опіки, тепловий і сонячний удари). Приймати сонячні ванни найкраще вранці, коли повітря особливо чисте і не занадто пекуче сонце, а також ближче до вечора, коли сонце готується до заходу. Найкращий час для засмаги: у середній смузі — 9—13 і 16—18 год; на півдні — 8—11 і 17—19 год. Перші сонячні ванни треба приймати за температури повітря не нижче ніж 18 °С. Їх тривалість не повинна перевищувати 5 хв (далі додавати по 3—5 хв, поступово доводячи до години). Під час сонячних ванн не можна спати! Голову слід чимось прикрити, очі — темними окулярами.

**Загартовування водою.** Вода — потужний засіб з яскраво вираженим охолоджувальним ефектом, оскільки її теплоємність і теплопровідність у багато разів більші, ніж у повітря. За однакової температури вода здається нам холоднішою за повітря. Показником впливу водних загартовувальних процедур є реакція шкіри. Якщо на початку процедури вона на деякий час блідне, а потім червоніє, це свідчить про позитивний вплив, отже, фізіологічні механізми терморегуляції справляються з охолодженням. Якщо реакція шкіри виражена слабо, збліднення і почервоніння не спостерігаються, — значить впливу недостатньо. Треба трохи знизити температуру води або збільшити тривалість процедури. Різке збліднення шкіри, відчуття сильного холоду, ознобу, тремтіння свідчать про переохолодження. У цьому разі треба зменшити холодове навантаження, підвищити температуру води або скоротити час процедури.

**Обтирання** — початковий етап загартовування водою. Його проводять рушником, губкою або просто руками, змоченими водою. Обтирання проводять послідовно: шия, груди, спина, потім насухо їх витирають і розтирають рушником до почер-

воніння. Після цього обтирають ноги, розтирають їх. Уся процедура займає 5 хв.

**Обливання** — наступний етап загартовування. Для перших обливань доцільно застосовувати воду температури близько 30 °С, надалі знижуючи її до 15 °С і нижче. Після обливання тіло енергійно розтирають рушником.

**Душ** — найефективніша водна процедура. На початку загартовування температура води має становити близько 30—32 °С, тривалість процедури — не більше 1 хв. Надалі можна поступово знижувати температуру і збільшувати тривалість до 2 хв, разом з розтиранням тіла. За високого ступеня загартованості можна приймати контрастний душ, чергуючи 2—3 рази воду температури 35—40 °С з водою температури 13—20 °С протягом 3 хв. Регулярний прийом зазначених водних процедур дає відчуття бадьорості, свіжості, підвищення працездатності.

Під час купання на організм комплексно впливають повітря, вода і сонячні промені. Починати купання можна за температури води 18—20 °С і повітря — 14—15 °С.

Для загартовування рекомендується разом із загальними застосовувати і *місцеві водні процедури*. Найпоширеніші з них — обмивання стоп і полоскання горла холодною водою, при цьому загартовуються найвразливіші до охолодження частини організму. Обмивання стоп проводять протягом усього року перед сном водою температури спочатку 26—28 °С, у подальшому знижуючи її до 12—15 °С. Після обмивання стопи ретельно розтирають до почервоніння. Полоскання горла проводять щодня вранці і ввечері. Спочатку використовується вода температури 23—25 °С, поступово щотижня знижуючи її на 1—2 °С і доводячи до 5—10 °С.

Останнім часом усе більше уваги приділяють *зимовому купанню*. Воно, як і плавання, впливає практично на всі функції організму. У «моржів» помітно покращується робота легенів, серця, система терморегуляції, зростає газообмін. Заняття зимовим плаванням треба починати лише після попереднього загартовування. Купання в ополонці починають, як правило, з невеликої розминки, яка включає гімнастичні вправи і легкий біг. Перебування у воді триває не більше ніж 30—40 с (для «моржів» — 90 с). Плавають обов'язково в шапочці. Після виходу з води енергійно рухаються, витирають тіло рушником насухо і проводять самомасаж.

**Загартування в лазні.** Народний досвід, надбаний століттями, свідчить, що лазня є чудовим гігієнічним, лікувальним і загартувальним засобом. Під впливом лазневої процедури підвищується працездатність організму і його емоційний тонус, прискорюються відбудовні процеси після напруженої і тривалої фізичної праці. Унаслідок регулярного відвідування лазні зростає опірність організму до простудних та інфекційних захворювань. Перебування в парному відділенні лазні розширює кровоносні судини, посилює кровообіг у всіх тканинах організму. Під впливом високої температури інтенсивно виділяється піт, що сприяє виведенню з організму шкідливих продуктів обміну речовин.

#### Гігієнічні вимоги до проведення занять

Загартування організму нерозривно пов'язано з фізичними вправами, що значно розширюють функціональні можливості всіх систем організму, підвищують його працездатність. Їх оздоровчий і профілактичний ефект зумовлений підвищеною фізичною активністю, посиленням функцій опорно-рухового апарату, активізацією обміну речовин.

Специфіка певного методу загартування і фізичних вправ, що його супроводжують, потребує особливої форми одягу.

Під час занять у літню пору одяг складається з майки і трусів, у прохолодну погоду надягають бавовняний чи вовняний трикотажний спортивний костюм. Під час занять узимку використовується спортивний одяг з тепло- і вітрозахисними властивостями. Для забезпечення гігієни тіла під час занять фізичними вправами необхідно, щоб спортивний одяг був виготовлений із тканин з такими властивостями: гігроскопічність, вентиляція, вітростійкість, теплозахисність та ін. Взуття має бути легким, еластичним, зручним, міцним, добре вентилуватися і захищати стопу від ушкоджень. Важливо, щоб спортивне взуття і шкарпетки були чистими і сухими, щоб уникнути саден, а за низької температури повітря — обмороження. У зимову пору року рекомендовано непромокальне взуття з високими теплозахисними властивостями.

Таким чином, загартування — важливий засіб профілактики негативних наслідків охолодження організму або дії ви-

соких температур. Систематичне застосування загартовувальних процедур знижує частоту простудних захворювань у 2—5 разів, а в окремих випадках — майже повністю їх виключає.

## Роль сімейної медсестри в організації раціонального і лікувального харчування

З усіх чинників, що впливають на організм людини, найважливішим є раціональне харчування.

Харчування — це найголовніша фізіологічна потреба організму, джерело матеріалу для побудови і безперервного відновлення клітин і тканин, надходження енергії для підтримання життєдіяльності організму.

Сімейна медсестра повинна вміти дати рекомендації щодо харчування пацієнта на дільниці.

**Раціональне харчування** — це фізіологічно повноцінне харчування здорових людей з урахуванням їх статі, віку, характеру роботи та інших чинників.

### **Вимоги до харчового раціону:**

- енергетична цінність раціону повинна покривати енерговитрати організму;
- збалансованість раціону за багатьма показниками. Співвідношення між білками, жирами і вуглеводами в нормі становить 1 : 1,1 : 4,1 для чоловіків і жінок молодого віку, зайнятих фізичною працею.

На білки тваринного походження повинно припадати до 55 % загальної кількості білка, жири рослинного походження у нормі становлять до 30 %, вуглеводи: крохмаль 75—80 %, легкозасвоювані вуглеводи — 15—20 %, клітковина — до 5 %. Їжа має містити певну кількість мікроелементів і вітамінів;

- добра засвоюваність їжі;
- високі органолептичні властивості їжі (зовнішній вигляд, смак, колір, запах впливають на апетит);
- розмаїття за рахунок асортименту продуктів і різних прийомів кулінарного оброблення;
- здатність їжі створювати відчуття насичення;
- нешкідливість їжі;

- важливий режим харчування, що включає час і кількість споживань їжі, інтервали між ними, розподіл харчового раціону протягом доби за енергетичною цінністю, хімічним складом. Для здорових людей рекомендується 3—4-разове харчування з 4—5-годинними перервами. За енергетичною цінністю:  
перший сніданок — 25 %;  
другий сніданок — 15 %;  
обід — 45 %;  
вечеря — 15 %;
- умови споживання їжі: обстановка, сервірування, відсутність відволікальних чинників. Усе це сприяє гарному апетиту, кращому засвоєнню їжі.
- споживання їжі не повинне доходити до відчуття переїдання, оскільки відчуття насиченості настає через 15—20 хв після споживання їжі.

У разі тривалого порушення правил раціонального харчування виникають різні захворювання.

**Таблиця 6.** Рекомендоване споживання енергії, білків, жирів і вуглеводів для людей похилого і старечого віку на день

Стать	Вік	Енергія (ккал)	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)
Чоловіки	60—74	2300	69/38	77	333
	Понад 75	2000	60/33	67	290
Жінки	60—74	2100	63/35	70	305
	Понад 75	1900	57/31	63	275

*Примітка.* Знаменник означає білки тваринного походження.

**Таблиця 7.** Рекомендоване споживання енергії, білків, жирів і вуглеводів для дітей дошкільного і шкільного віку на день

Вік	Енергія (ккал)	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)
1—3	1540	53	53	212
4—6	1970	68	68	272
7—10	2300	79	79	314
Хлопчики 11—13	2450	85	85	340

Продовження табл. 7

Дівчатка 14—17	2900	100	100	400
Юнаки 14—17	2600	90	90	360

Таблиця 8. Рекомендоване споживання енергії, білків, жирів і вуглеводів для працівників переважно розумової праці залежно від віку

Вік, років	Чоловіки				Жінки			
	Енергія (ккал)	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)	Енергія (ккал)	Білки (г)	Жири (г)	Вуглеводи (г)
18— 29	2800	91	103	378	2400	78	88	324
30— 39	2700	88	99	365	2300	75	84	310
40— 59	2550	83	93	344	2200	72	81	297
60— 74	2300	69	77	333	2100	63	70	305
Понад 75	2000	60	67	290	1900	57	63	275

*Примітка.* Потреба вагітних (період 5—9 міс) у середньому становить 2900 ккал, білків — 100 г на день, у тому числі 60 г тваринного походження; потреба матерів-годувальниць у середньому становить 3200 ккал, білків — 112 г на день, у тому числі 67 г тваринного походження.

### Ожиріння

Нині кількість осіб з надлишком маси тіла і ожирінням серед дорослого населення сягає 50 %. Ожиріння може бути вторинним (приендогенних захворюваннях, захворюваннях головного мозку), але найчастіше (у 75 % випадків) має аліментарне походження. Прогресування ожиріння визначають такими чинниками:

- зміною структури харчування: переважають рафіновані продукти, зростає частка жирів тваринного походження, кондитерських і борошняних виробів;

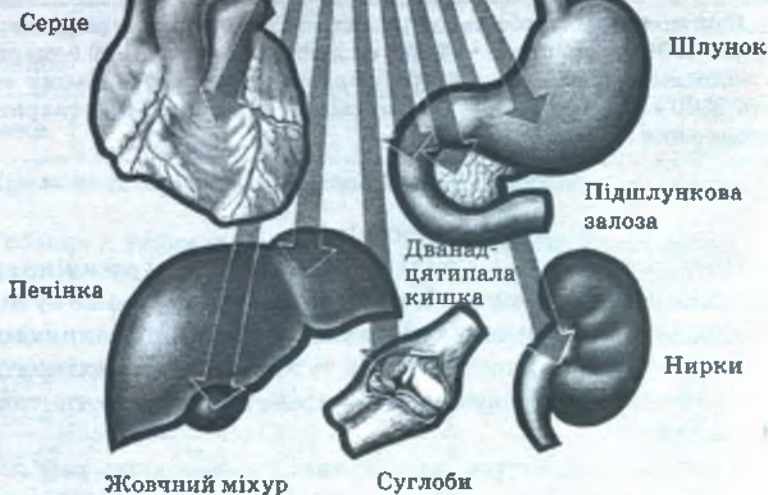
- порушенням ритму харчування з перенесенням значної енергетичної цінності добового раціону на вечірні години;
- гіподинамія населення.

Ожиріння є чинником ризику ішемічної і гіпертонічної хвороб, цукрового діабету, захворювань гепатобіліарної зони, опорно-рухового апарату тощо (схема 1, мал. 1). У гладких батька і матері ймовірність виникнення ожиріння в дитини становить 80 %, якщо один з батьків має надлишок маси тіла 50 %. Критичними за ймовірністю виникнення ожиріння є періоди раннього дитинства, статевого дозрівання, вагітності і лактації, менопаузи, похилого віку.

Переїдання спричинює несприятливі зміни в серці, жовчному міхурі, печінці, суглобах, дванадцятипалій кишці, підшлунковій залозі, нирках, шлунку, що призводить до розвитку різних захворювань.

## ПЕРЕЇДАННЯ

Наслідками переїдання часто стають ішемічна хвороба серця, атеросклероз, жовчнокам'яна хвороба, подагра, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, діабет.



Мал. 1. Переїдання



Схема 1. Ожиріння

Ожиріння вкорочує життя людини на 10—12 років.

Перевищення маси тіла до 15 % оцінюють як надлишкову, більше — як ожиріння з такою градацією:

- 15—29 % — I ступінь;
- 30—49 % — II ступінь;
- 50—100 % — III ступінь;
- понад 100 % — IV ступінь.

Для розрахунку ідеальної маси тіла існують спеціальні таблиці і формули:

- формула Брока: від величини зросту, вираженого в см, віднімають 100 (орієнтовний метод);

- формула Купера:

для чоловіків = (зріст (у сантиметрах) · 4/2,54 — 128) × 0,453;

для жінок = (зріст (у сантиметрах) · 3,5/2,54 — 108) × 0,453;

- загальноприйнятим показником в усьому світі на сьогодні є індекс маси тіла (ІМТ). Розрахувати його можна самостійно:

- виміряйте і запишіть вашу масу тіла в кілограмах;

- виміряйте і запишіть ваш зріст у метрах;

- показник вашої маси тіла в кілограмах розділіть на показник вашого зросту, зведений у квадрат. Таким чином,

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла (кг)}}{[\text{зріст (м)}]^2}$$

Наприклад, ваша маса тіла — 79 кг, зріст — 1,68 м (168 см), отже, ваш ІМТ = 79/(1,68 · 1,68) = 28.

Тепер оцініть ступінь ризику для вашого здоров'я.

Відповідно до отриманого ІМТ можна оцінити ризик розвитку супутніх захворювань (цукровий діабет, атеросклероз, артеріальна гіпертензія і деякі інші, не менш серйозні, хвороби) за таблицею:

Таблиця 9. Оцінювання ризику супутніх захворювань

Класифікація	ІМТ	Ризик для здоров'я	Що робити?
Дефіцит маси тіла	Менше ніж 18,5	Є	Бажано нормалізувати
Норма	18,5—24,9	Немає	—

Продовження табл. 9

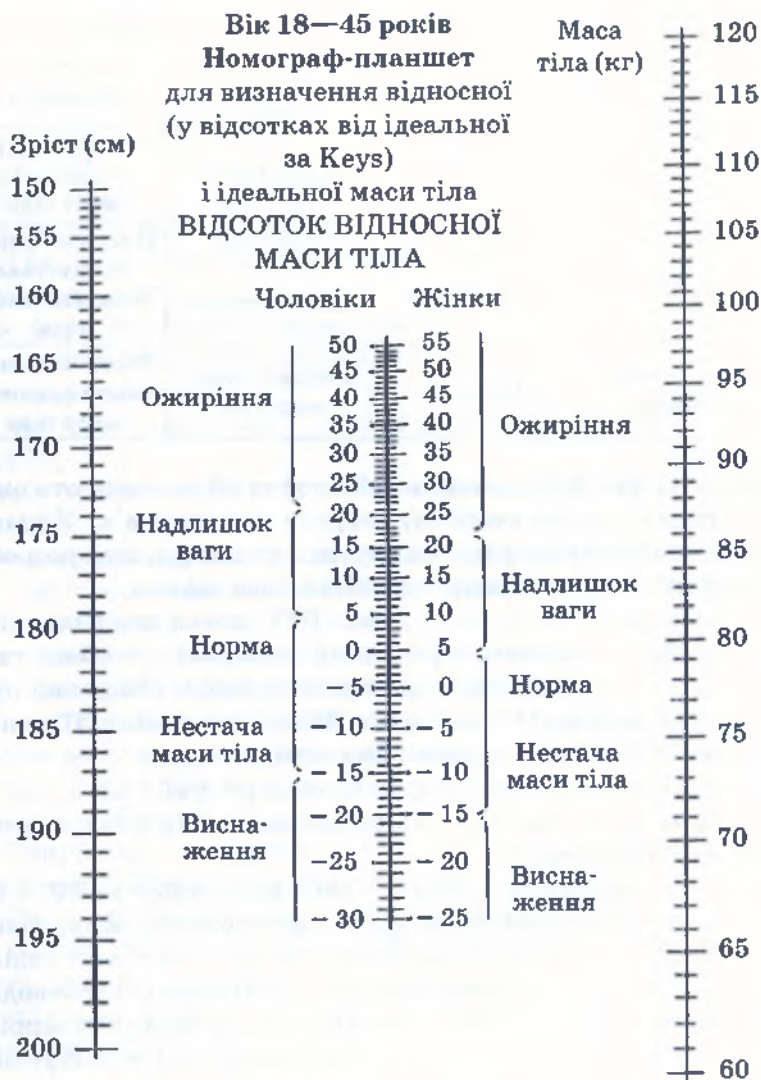
Класифікація	ІМТ	Ризик для здоров'я	Що робити?
Надлишок маси тіла	25,0—29,9	Підвищений	Рекомендується знизити масу тіла
Ожиріння	30,0—34,9	Високий	Настійно рекомендується знизити масу тіла
	30,0—34,9	Дуже високий	
Різко виражене ожиріння	Понад 40	Надзвичайно високий	Необхідно негайно знизити масу тіла

Зверніть увагу: показники ІМТ понад 30 засвідчують ожиріння, що становить серйозну загрозу для здоров'я. У цьому разі вам належить негайно звернутися до лікаря, щоб розробити індивідуальну програму зниження маси тіла.

- Обвід талії. Якщо розрахунок ІМТ здався вам складним, можна застосувати простіший показник — обвід талії (ОТ). Його вимірюють під нижнім краєм ребер над пупком. У жінок з ОТ менше ніж 88 см і чоловіків з ОТ менше ніж 102 см немає причин для занепокоєння.
- Визначення за номографом (див. с. 98, 99).

Сімейна медсестра для зниження маси тіла може порекомендувати пацієнтові:

- гіпокалорійну дієту (1200—1600 ккал, тобто на 30 % нижче від рекомендованої відповідно до статі, віку, фізичних навантажень). Обмеження калорійності варто здійснювати за рахунок виключення рафінованих вуглеводів і тваринних жирів, збільшення частки рослинних жирів;
- часте споживання їжі малими дозами, що зменшує апетит;
- обмежити кухонну сіль (до 5—7 г на день), що зменшує затримання рідини в організмі, знижує артеріальний тиск, зменшує спрагу та апетит;
- разом з дієтою можна призначати розвантажувальні дні: м'ясні, рибні, овочеві (морква, буряк, огірки, помідори, капуста відварені, запечені, у котлетах і салатах).

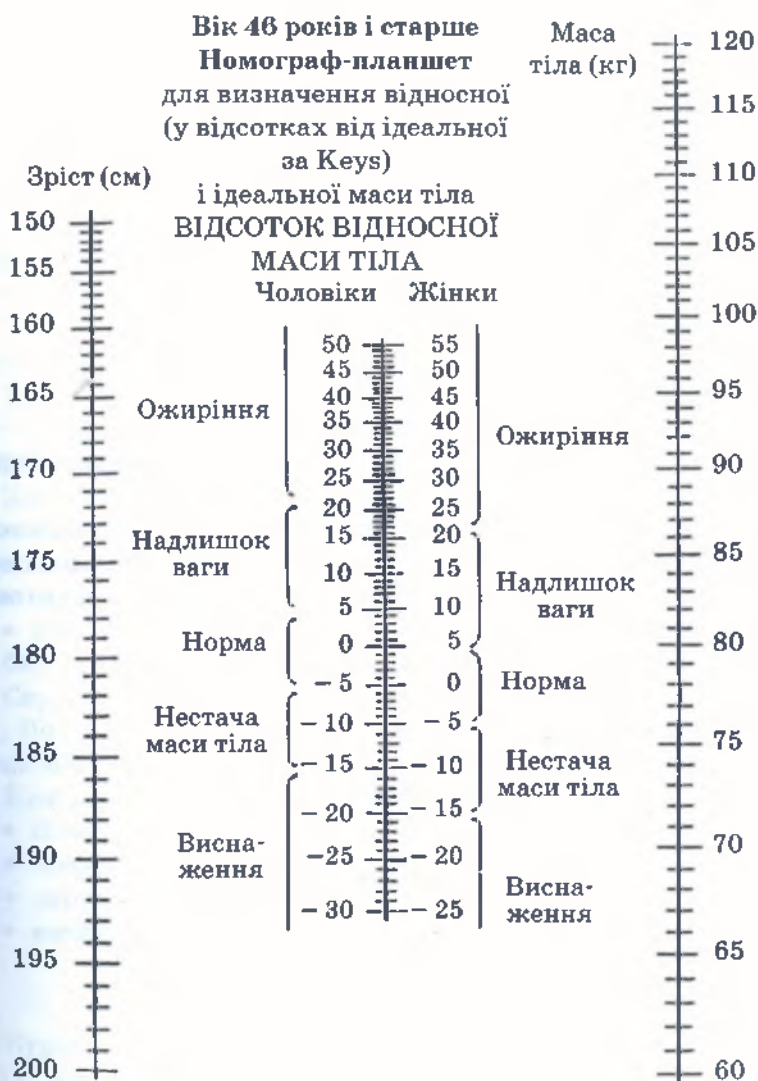


**Правила користування**

1. З'єднавши лінією дані зросту і фактичної маси тіла, на середній шкалі отримаєте відсоток відносної маси тіла.

2. Для осіб віком до 40 років до отриманого результату треба додати 2 % відносної маси тіла.

3. Подовживши лінію, що з'єднує зріст і «0», а для осіб до 40 років — «-2», отримаєте ідеальну масу тіла в кг.



**Правила користування**

1. З'єднавши лінією дані зросту і фактичної маси тіла, на середній шкалі отримаєте відсоток відносної маси тіла.
2. Для осіб віком 46—49 років до результату додайте 1 %.
3. Подовживши лінію, що з'єднує зріст і «0» відносної маси тіла, а для осіб віком 46—49 років — «-1», отримаєте ідеальну масу тіла.

### Зразки розвантажувальних днів

#### М'ясні розвантажувальні дні

*М'ясо із салатом зі свіжої капусти.* Яловичина 500 г, капуста 400 г, свіжий огірок 270 г, лимон 50 г (1/2 штуки).

Відварене м'ясо ділять на п'ять прийомів (9—12—14—17—19). Подають із салатом з дрібнонарізаної або натертої білокачанної капусти та огірків, заправлених лимонним соком. До кожної порції додати 1/2—1 склянку відвару шипшини, фруктового морсу або чаю без цукру.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 78,95 г;
- вуглеводів 22,99 г;
- енергетична цінність 478 ккал.

*М'ясо і відварені овочі.* Яловичина 500 г, морква, буряк, цвітна капуста, інші овочі, усього 750 г, олія 25 г.

Відварене м'ясо розділити на п'ять прийомів із салатом з варених овочів, заправлених 1 чайною ложкою олії. До кожної порції додати 1/2—1 склянку відвару шипшини, фруктового морсу або чаю без цукру.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 81,6 г;
- жирів 36,95 г;
- вуглеводів 43,2 г;
- енергетична цінність 821 ккал.

#### Рибні розвантажувальні дні

Складають аналогічно м'ясним.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

*риба із сирими овочами:*

- білків 73,27 г;
- жирів 4,23 г;
- вуглеводів 22,99 г;
- енергетична цінність 417 ккал;

*риба з відвареними овочами:*

- білків 75,92 г;
- жирів 29,69 г;
- вуглеводів 43,2 г;
- енергетична цінність 733 ккал.

### Розвантажувальні дні з домашнім сиром

Сир нежирний 500 г ділять на п'ять порцій (9—12—14—17—19 год). До кожної порції додати 1/2—1 склянку відвару шипшини, інших фруктів або чаю без цукру.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 90 г;
- жирів 3 г;
- вуглеводів 9,25 г;
- енергетична цінність 442 ккал.

*Сир і чай з молоком.* Сир нежирний 300 г, молоко 500 мл, міцно заварений чай 500 мл.

Тричі дають по 100 г сиру (9—14—19 год), п'ять разів (9—12—14—17—19 год) по 1 склянці чаю з молоком без цукру (100 мл гарячого молока + 100 мл чаю).

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 68 г;
- жирів 17,8 г;
- вуглеводів 29,05 г;
- енергетична цінність 541 ккал.

*Сир і кефір.* Сир нежирний 300 г, кефір 800 г.

Сир дають на сніданок, обід і вечерю; кефір о 12, 14, 17 і 22 год. До сніданку і вечері додати 1/2—1 склянку відвару шипшини або чаю без цукру.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 76,4 г;
- жирів 22,7 г;
- вуглеводів 38,35 г;
- енергетична цінність 696 ккал.

### Розвантажувальні дні з відварених овочів

Буряк 300 г, цвітна капуста 300 г, білокачанна капуста 300 г, морква 300 г, зелений горошок 50 г, олія 25 г.

Салат з перелічених вище відварених овочів їдять п'ять разів на день (9—12—14—17—19 год) з 1 склянкою шипшини, фруктового морсу або чаю без цукру.

Хімічний склад і енергетична цінність раціону:

- білків 17,12 г;
- жирів 26,12 г;

- вуглеводів 68,98 г;
- енергетична цінність 563 ккал.

**Сирі овочі.** Білокачанна капуста 400 г, свіжий огірок 270 г, лимон 1/2 штуки.

### Недостатність харчування

Дефіцит харчування поширений серед алкоголіків, бідних людей старечого і похилого віку, хронічних хворих. При білково-енергетичній недостатності харчування можуть з'являтися синдроми:

- кахексія — зупинка росту в дітей, втрата жирової тканини, генералізоване виснаження без набряків;
- квашіоркор (дефіцит білка) — виявляється через гіпоальбумінемію, генералізовані набряки, дерматит, жирову дистрофію печінки. Хворі мляві, їхні щиколотки набряклі, шкіра суха, потріскана. Летальність становить 15—40 %, тому відновлення харчування є невідкладним медичним завданням.

### Розлади харчування

Останніми роками з'явилися такі проблеми порушення харчування, як булімія (коли людина наїдається, а потім позбувається з'їденого, викликаючи блювання або застосовуючи проносні засоби) та анорексія (коли людина сидить на голодній дієті, доводячи себе до худоби, проте вважає себе товстою).

Анорексію та булімію вважають психічними захворюваннями. Їх походження залишається малодослідженим, вони погано лікуються. Захворюваність на них зростає. Від анорексії потерпають 2—5 % підлітків і молодих жінок, за відсутності лікування смертність становить до 20 %. Уважають, що ще 5 % страждає на булімію, але смертельних наслідків вона не має. Жінки з порушеними звичками харчування страждають від розладів серцевої діяльності, аменореї, остеопорозу тощо.

Найчастіше потерпають від цих захворювань танцівниці, фотомоделі, тобто жінки, які потребують захоплення і залежать від загальноновизнаних стандартів. Ризик зростає в разі генетичної схильності до психічних розладів, наприклад, при заниженій самооцінці, під час депресії, якщо неблагополуччя в родині. У таких родинах найчастіше є алкоголізм, токсико-

манія. За даними різних досліджень, у США від 30 до 60 % жінок, що потерпають від розладів харчування, страждали від сексуальних образ у дитячому та підлітковому віці.

Симптоми порушень харчування часто здаються незначними, неоднозначними. До них належать:

- бажання схуднути, навіть якщо маса тіла в нормі або нижче від неї;
- хибне уявлення про своє тіло;
- зайва заклопотаність своєю масою тіла і дієтами;
- напади «вовчого апетиту»;
- відсутність менструацій протягом трьох місяців поспіль;
- відсутність волосся на лобку;
- захоплення проносними, сечогінними, блювотними засобами;
- депресія і розлади сну.

Часто таким пацієнткам потрібна сімейна терапія, оскільки родина продовжує впливати на них, сприяючи прогресу захворювання.

### Лікувальне харчування

Лікувальне харчування — невід'ємна і обов'язкова частина сучасного комплексного лікування хворих. Сімейна медсестра повинна знати характеристику основних лікувальних дієт, показання для їх призначення, перелік припустимих і протипоказаних продуктів і страв, способи їх приготування.

Нині значно змінилися уявлення про формулу збалансованого харчування. Якщо раніше за рекомендаціями О.О. Покровського у формулу входило близько 60 нутрієнтів, то тепер — майже 90. Як приклад можна навести нову російську систему дієт, в яку входить основна стандартна дієта (№ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15) і чотири її варіанти (з механічним і хімічним щадінням, підвищеним умістом білка, зі зниженим його вмістом, зі зменшеною енергетичною цінністю). Цю систему дієт затверджено наказом МОЗ Росії № 330 від 05.08.2003 р. Вона наближена до Європейських рекомендацій.

Національний медичний університет ім. Богомольця працює над трансформацією дієтологічної служби в Україні, щоб довести організацію дієтичного харчування до європейського рівня.

## Біологічно активні добавки (БАД) до їжі

Цей термін з'явився в медицині порівняно недавно, але про застосування з лікувальною і профілактичною метою біологічно активних природних компонентів рослинного, тваринного і мінерального походження відомо з глибокої давнини (Єгипет, Китай, Тибет, Індія).

Розвиток хімії в XIX—XX ст. дав змогу отримувати високо-ефективні лікарські засоби, і вчені-медики стали відмовлятися від дієтотерапевтичних засобів. Проте ці погляди виявилися хибними. Останніми роками бурхливо розвивається нова, подібна до науки про харчування і фармакології сфера знань, яку назвали фармаконутриціологією.

Розвиток цього напрямку нині зумовлений тим, що в економічно розвинутих країнах традиційним способом досягти майже неможливо оптимального забезпечення всіх груп населення достатньою кількістю вітамінів, мікроелементів, біологічно активних речовин з низькими енерговитратами.

Дослідження російських учених (1989—1997 рр.) В.Б. Спіричева, А.К. Батуріна та ін. довели, що відсоток осіб з рівнем нижче від норми становить за:

- аскорбіновою кислотою — 89 %;
- вітаміном  $B_1$  — 43 %;
- вітаміном  $B_2$  — 44 %;
- вітаміном  $B_n$  — 68 %.

Серйозною проблемою є нестача селену, що бере участь в утворенні антиоксидантного захисту організму. Дефіцит антиоксидантів відчуває населення, що проживає в екологічно неблагополучних регіонах (райони, забруднені після аварії на Чорнобильській АЕС).

Також відзначають дефіцит кальцію, заліза, йоду, фтору.

Порушення структури харчування населення, дефіцит біологічно активних речовин призвів до таких наслідків (за даними російських учених):

- прогресивне збільшення кількості дорослих та дітей до 2-х років зі зниженою масою тіла (12—14 % кількості обстежених);
- ожиріння після 30 років — у 55 % населення;

- зростання різних форм імунодефіцитів;
- збільшення кількості аліментарнозалежних захворювань (залізодефіцитні анемії в дорослих і дітей, пов'язані з дефіцитом йоду — захворювання щитоподібної залози, дефіцитом кальцію — захворювання опорно-рухового апарату та ін.).

Міжнародний досвід свідчить, що урбанізоване суспільство приречене на появу низки захворювань і вирішити цю проблему традиційно (навчанням правил раціонального харчування) неможливо. Найраціональніше вирішення цієї проблеми — застосування в харчуванні хворих і здорових БАД. Їх можна включати до складу харчових продуктів або напоїв чи використовувати самостійно в різних формах (екстракти, бальзами, настої, порошки).

Використання БАД дає змогу:

- легко і швидко заповнити дефіцит мікронутрієнтів;
- підвищити резистентність організму до впливу несприятливих чинників довкілля;
- підтримати певні органи і системи, тим самим підвищити рівень здоров'я, знизити захворюваність і подовжити життя людини.

БАД умовно ділять на нутрицевтики і парафармацевтики.

**Нутрицевтики** — незамінні харчові речовини або їх попередники (наприклад, бета-каротин, омега-3, селен, залізо, фтор, фосфоліпіди тощо) (схема 2).

**Парафармацевтики** — це продукти, що містять компоненти їжі, дія яких спрямована на активізацію і стимуляцію різних органів і систем (наприклад, стимуляція кишок харчовими волокнами, стимуляція розумової і фізичної діяльності адаптогенами тощо). Варто пам'ятати, що багато продуктів парафармацевтики ще недостатньо вивчені (не ідентифіковані активні компоненти, невідома фізіологічна потреба організму тощо) (схема 3).

Асортимент БАД і досвід їх використання дає змогу розподілити їх на такі підгрупи:

- БАД до їди, що їх застосовують для корекції харчування людини (додаткові джерела харчових речовин — білків, амінокислот, жирних кислот, вітамінів, мінеральних елементів тощо);



Схема 2. Нутрицевтики

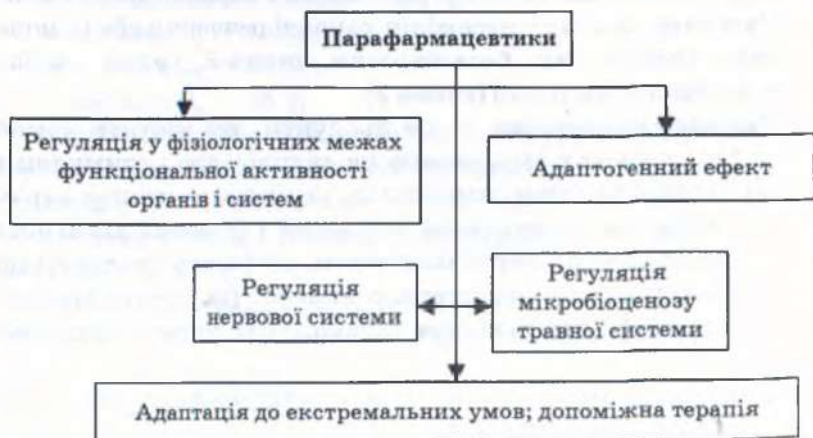


Схема 3. Парафармацевтики

- БАД, що впливають на функціональну активність окремих органів і систем (травної, серцево-судинної, центральної нервової, видільної, детоксикаційної тощо);

- БАД, що підвищують засвоюваність їжі (утримують протеолітичні та інші ферменти, що стимулюють секреторну активність травних залоз);

- БАД-пробіотики (еубіотики) — регулюють мікробіоценоз кишок;

- БАД, що сприяють виведенню з організму сторонніх і токсичних речовин, продуктів обміну речовин;

- БАД, що підвищують загальну стійкість організму до чинників довкілля (загальнозмцнювальні, тонізувальні, адаптогенної дії тощо);

- БАД, що регулюють функції конкретних органів і систем.

## Тести

1. Пробу з присіданнями вважають незадовільною, якщо індекс Руф'є становитиме:

- а) 1;
- б) 2—5;
- в) 6—10;
- г) 11—15;
- г) понад 15.

2. Якщо рівень фізичних навантажень під час тренувань розраховано правильно, пульс знижується через 1 хв після закінчення тренувань на:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 30 %;
- г) 50 %;
- г) 70 %.

3. До об'єктивних показників контролю за станом свого здоров'я під час регулярних занять спортом належать:

- а) самопочуття;
- б) сон;
- в) працездатність;

- г) апетит;
- г) пульс.

**4. Вибрати принципи загартовування:**

- а) систематичність;
- б) поступовість;
- в) послідовність;
- г) індивідуальність;
- г) все, перелічене вище.

**5. Сонячні ванни на півдні рекомендується приймати:**

- а) з 6 до 8 год;
- б) з 8 до 10 год;
- в) з 10 до 12 год;
- г) з 12 до 14 год;
- г) з 14 до 16 год.

**6. Початковим етапом загартовування водою є:**

- а) обтирання;
- б) обливання;
- в) душ;
- г) купання;
- г) моржування.

**7. Збалансованим вважають харчування, за якого співвідношення білків, жирів, вуглеводів становить:**

- а) 1 : 2 : 1;
- б) 1 : 1 : 2;
- в) 1 : 1 : 4;
- г) 2 : 1 : 4;
- г) 2 : 1 : 5.

**8. Для здорових людей з 4-разовим харчуванням перший сніданок за енергетичною цінністю має становити:**

- а) 10 %;
- б) 15 %;
- в) 20 %;
- г) 25 %;
- г) 45 %.

9. У пацієнта перевищення маси тіла становить 60%.  
Оцініть ступінь ожиріння:

- а) 0;
- б) 1;
- в) 2;
- г) 3;
- г) 4.

10. При захворюваннях нирок пацієнтові рекомендується дієта:

- а) № 1;
- б) № 5;
- в) № 7;
- г) № 10;
- г) № 15.

#### Еталони відповідей на тести

1 — г; 2 — б; 3 — г; 4 — г; 5 — б; 6 — а; 7 — в; 8 — г; 9 — г;  
10 — в.

### Ситуаційні задачі

1. До сімейної медсестри звернувся пацієнт А. 3 дні тому його виписали зі стаціонару, де лікували хронічний гепатит. Чи потрібно йому дотримуватися дієти?

2. Оцініть вихідну тренованість пацієнта, якщо пульс перед початком присідань становив 62 за 1 хв, після присідань — 90, через 1 хв — 70.

3. Чи правильно розраховано навантаження під час фізичних занять, якщо пульс відразу після закінчення занять становить 90, а через 1 хв — 85?

4. На прийом на дільниці сімейної медицини прийшла жінка, яка хворіє на хронічний тонзиліт. Розповідає, що почула про такий метод загартовування, як полоскання горла холодною водою. Учора полоскала водою з холодильника і сьогодні скаржиться на біль у горлі. Чи правильно вона застосовує цей метод загартовування?

5. На прийом звернувся пацієнт А., 52 роки, практично здоровий. Говорить, що вирішив зайнятися моржуванням. Як правильно розпочати зимове купання?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Так. Рекомендації відповідають діеті № 5 за Певзнером.

Виключити екстрактивні речовини, смажені страви, тугоплавкі жири. Кулінарне оброблення: страви варені, приготовлені на парі, запечені в духовій шафі. Краще готувати їжу подрібнену (котлети, тефтельки). Режим харчування — 5—6 разів на добу, малими порціями. Температура їжі — від 15 до 16 °С.

2. Порахуємо індекс Руф'є (Р):

$$P = (P1 + P2 + P3 - 200) / 10 = (62 + 90 + 78 - 200) / 10 = 3.$$

Вихідна тренованість гарна, оскільки індекс Руф'є в разі гарної тренованості становить від 2 до 5.

3. Пульс знизився на 5 ударів.

90 ударів становлять 100 %

5 ударів — X %

$$X = 5 \cdot 100 / 90 = 5,5 \%$$

Через 1 хв в нормі пульс повинен знизитися на 20 %, а це означає, що пацієнтові необхідно зменшити навантаження.

4. Ні. Полоскання горла необхідно починати водою температури 23—25 °С, щотижня поступово знижуючи її на 1—2 °С, доводячи до 5—10 °С.

5. Бажано, щоб «моржуванню» передувал інший вид загартовування (обливання, душ). Перед купанням в ополонці займаються легким бігом, гімнастикою. Перебування у воді для початківців становить 30 с. Купатися необхідно в шапочці. Після виходу з води треба енергійно рухатися, добре розтерти тіло, провести самомасаж.

---

## ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА НА ДІЛЬНИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Нині весь світ розуміє, що науково-технічний прогрес сприяє впровадженню в медичну практику все більше винайденого діагностичного устаткування і високоефективних лікарських засобів, а це спричинює потребу в істотних інвестиціях, що є тягарем для бюджету держави і кожної родини окремо. Тому економічно доцільно вкладати кошти в профілактику захворювань, у програми санітарно-гігієнічної освіти населення, виховання потреби в здоровому способі життя ще з дитинства. Світова практика доводить, що найважливішою ланкою в боротьбі за збереження здоров'я населення є сімейна медицина.

Медсестра загальної практики повинна вміти все, що і сестринський персонал, який працює з терапевтом, хірургом, педіатром, офтальмологом, тощо. Але основна її діяльність — використовувати знання й уміння, потрібні для визначення стану здоров'я членів родини, виявлення в них шкідливих звичок та інших чинників ризику, оцінювання особливостей взаємин у сім'ї.

**Профілактика** — це дії, спрямовані на зменшення ймовірності виникнення захворювання, на переривання або сповільнення його прогресування, дії проти зниження працездатності.

Розрізняють профілактику первинну і вторинну.

**Первинна профілактика** охоплює проведення діагностики, консультування зі здорового способу життя і запобігання виникненню захворювань. Профілактика передбачає заходи щодо зміцнення здоров'я, навчає людей контролювати і поліпшувати свій стан.

**Вторинна профілактика** націлена на ослаблення патологічного процесу, що з'явився в організмі.

Важливі розділи профілактичної роботи на дільниці сімейної медицини — проведення санітарно-протиепідемічної роботи, профілактичні огляди всіх вікових груп, диспансеризація населення дільниці сімейної медицини (схема 4, табл.10, 11).



Схема 4. Спрощена схема системи оздоровлення

Таблиця 10. Програма первинного обстеження

Пор. номер	Назва дослідження і спеціальність лікаря	Чоловіка			Жінки		
		18—39 років	40—49 років	повнад 50 років	18—39 років	40—49 років	повнад 50 років
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Зріст і маса тіла, динамометрія	+	+	+	+	+	+
2	Вимірювання АТ на обох руках і ЧСС	+	+	+	+	+	+
3	Рентгенографія органів грудної клітки	+	+	+	+	+	+
4	Рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки	-	+	+	-	+	+
5	Електрокардіографія	+	+	+	+	+	+
6	Функція зовнішнього дихання	+	+	+	+	+	+
7	Колоноскопія або іригоскопія	-	-	+	-	-	+
8	Мамографія	-	-	-	з 35 років	+	+
9	Кольпоскопія і цитологічне дослідження	-	-	-	+	+	+

Продовження табл. 10

1	2	3	4	5	6	7	8
10	Дослідження гостроти зору	+	+	+	+	+	+
11	Тонометрія ока	-	+	+	-	+	+
12	Дослідження очного дна	+	+	+	+	+	+
13	УЗДГ (судин голови)		+	+	За показаннями		
14	ВЕМ (за показаннями)						
15	ЕХО-КГ (за показаннями)						
16	УЗД внутрішніх органів	-	+	+	-	+	+
17	Аналіз крові: 17,1 клінічний	+	+	+	+	+	+
	17,2 глюкоза	+	+	+	+	+	+
	17,3 холестерин	З 30 років	+	+	З 30 років	+	+
	17,4 тригліцериди	З 30 років	+	+	З 30 років	+	+
	17,5 сечовина	-	+	+	-	+	+
	17,6 реакція Вассерманна, ВІЛ	+	+	+	+	+	+

1	2	3	4	5	6	7	8
	17,7 група і резус- фактор (ви- няток — наявність оцінки в паспорті)	+	+	+	+	+	+
	17,8 сечова кислота, креатин	+	+	+	+	+	+
18	Аналіз сечі загальний	+	+	+	+	+	+
19	Аналіз калу загальний	За показаннями					
20	Аналіз калу на прихова- ну кров і я/г	+	+	+	+	+	+
21	Терапевт	+	+	+	+	+	+
22	Хірург	+	+	+	+	+	+
23	Невропато- лог	+	+	+	+	+	+
24	Стоматолог	+	+	+	+	+	+
25	Офтальмо- лог	+	+	+	+	+	+
26	Отоларинго- лог	+	+	+	+	+	+
27	Гінеколог	-	-	-	+	+	+
28	Уролог	-	+	+		-	+
29	Проктолог	За показан- нями		+	За показання- ми		+
30	Дерматолог	+	+	+	+	+	+
31	Психіатр (за направлен- ням невро- патолога)						
32	Алерголог						

Таблиця 11. Програма повторного обстеження

Пор. номер	Назва дослідження і спеціальність лікаря	Чоловіки			Жінки		
		18—39 років	40—49 років	понад 50 років	18—39 років	40—49 років	понад 50 років
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Маса тіла, спірометрія, динамометрія	+	+	+	+	+	+
2	Вимірювання АТ на обох руках і ЧСС	+	+	+	+	+	+
3	Флюорографія або рентгенографія органів грудної клітки	+	+	Не рідше ніж 1 раз на 6 міс	+	+	+
4	Рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки	-	Не рідше ніж 1 раз на 2 роки	Не рідше ніж 1 раз на рік або чергувати з ЕГДС	-	Не рідше ніж 1 раз на 2 роки	Не рідше ніж 1 раз на рік або чергувати з ЕГДС
5	Електрокардіографія	+	+	+	+	+	+
6	Функція зовнішнього дихання (за показаннями)						
7	Сигмоскопія або колоноскопія	За показаннями		Не рідше ніж 1 раз на 3 роки	За показаннями		Не рідше ніж 1 раз на 3 роки

Продовження табл. 11

1	2	3	4	5	6	7	8
8	Мамографія	-	-	-	До 50 років 1 раз на 3 роки		Понад 50 років 1 раз на 2 роки
9	Кольпоскопія і цитологічне дослідження	-	-	-	+	Понад 35 років не рідше ніж 1 раз на 6 міс	
10	Дослідження гостроти зору	+	+	+	+	+	+
11	Тонометрія ока	-	+	+	-	+	+
12	Дослідження очного дна	+	+	+	+	+	+
13	ЕХО-КГ, УЗДГ (за показаннями)						
14	Аналіз крові :						
	14,1 загальний	+	+	+	+	+	+
	14,2 глюкоза	+	+	+	+	+	+
	14,3 холестерин	З 30 років	+	+	З 30 років	+	+
	14,4 тригліцериди	З 30 років	+	+	З 30 років	+	+
	14,5 сечовина	-	+	+	-	+	+

Продовження табл. 11

1	2	3	4	5	6	7	8
	14,6 мікро-реакція на РВ (консультатія дерматовенеролога), ВІЛ	За показаннями для всіх вікових груп					
	14,7 сечова кислота	За показаннями для всіх вікових груп					
15	Аналіз сечі загальний	+	+	+	+	+	+
16	Аналіз калу загальний (за показаннями)						
17	Аналіз калу на приховану кров	-	+	+	-	+	+
18	Терапевт	+	+	+	+	+	+
19	Хірург	+	+	+	+	+	+
20	Стоматолог	+	+	+	+	+	+
21	Офтальмолог	+	+	+	+	+	+
22	Отоларинголог	За показаннями, підліткам — обов'язково					
23	Уролог	Осіб віком понад 40 років оглядають не рідше ніж 1 раз на 2 роки, понад 50 років — 1 раз на рік			За показаннями для всіх вікових груп		
24	Гінеколог	-	-	-	+	Для осіб віком понад 35 років — не рідше ніж 1 раз на 6 міс	
25	Невропатолог	За показаннями для всіх вікових груп					

## Роль сімейної медсестри у проведенні профілактичних оглядів з метою виявлення онкопатології

У нашій країні зберігається тенденція зростання захворюваності населення на злоякісні новоутворення і смертності від них. Серед таких захворювань: рак легенів, шлунка, шкіри, грудної залози, ободової і прямої кишки, шийки матки, гемобластози.

Зростає кількість осіб з уперше встановленим захворюванням IV стадії, летальність протягом 1-го року після встановлення діагнозу в Росії — до 40 %.

Водночас сучасні знання про онкологічну патологію дають змогу стверджувати, що близько 1/3 хворих могли б запобігти виникненню злоякісної пухлини, а приклад деяких країн (Швеція, Японія, США) доводить, що рак — це не фатальне захворювання.

Для сучасної діагностики злоякісної пухлини найважливіше значення мають рівень знань фахівців загальної практики — сімейної медицини та доступність сучасних методів дослідження (рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукових, морфологічних).

Ранньому виявленню онкопатології сприяє проведення під час профілактичних оглядів таких обов'язкових процедур:

- збирання анамнестичних даних;
- огляд шкірних покривів для виявлення пухлинних уражень шкіри;
- огляд зовнішніх статевих органів хлопчиків і чоловіків для виключення пухлини яєчка;
- огляд і пальпація грудних залоз;
- пальцеве дослідження прямої кишки, передміхурової залози;
- гінекологічний огляд жінок з узяттям мазків на цитологічне дослідження;
- призначення флюорографії, а жінкам віком понад 35 років — мамографії тощо.

За потреби до консультації залучають вузьких фахівців, призначають цілеспрямовані методи дослідження для виявлення онкопатології різної локалізації (наприклад, за підозри на пухлину шлунка — фіброгастроскопію, кишок — колоноскопію, легенів — бронхоскопію і т. ін.). Медсестра дільниці сімейної медицини повинна навчити пацієнта правильно підготуватися до цих обстежень. Вона завжди повинна пам'ятати: чим раніше виявлена онкопатологія, тим більше шансів зберегти життя і здоров'я пацієнта.

Медична сестра повинна вміти оглянути грудні залози жінки і навчити її правильно проводити самообстеження. Це ефективний і безкоштовний спосіб виявлення раку грудної залози (мал. 2).

Під час самообстеження грудних залоз звертайте увагу на всі зміни, наприклад такі, як:

- нагубання грудних залоз;
- стягнута або набрякла шкіра;
- почервоніння, запалення;
- виділення із сосків.

Якщо ви помітили хоча б одну з перелічених ознак або якісь зміни, обов'язково звертайтеся до свого лікаря.

Запам'ятайте, ви проводите самообстеження, щоб переконатися, що ви здорові, а не щоб шукати хворобу.

#### Алгоритм обстеження грудних залоз пацієнтки

1. Огляньте груди пацієнтки, щоб зауважити всі зміни у формі і розмірах: чи немає припухлості сосків і шкіри або втягнення тканини. Перевірте, чи немає почервоніння, підвищення температури і чутливості в якійсь із грудних залоз.

2. Огляньте соски і зверніть увагу на розмір, форму і напрямок. Перевірте, чи немає висипу, ранок, виділень із сосків.

3. Попросіть пацієнтку підняти руки над головою і подивіться на грудні залози. Визначте, чи є різниця. Попросіть, щоб пацієнтка поклала руки на стегна, і знову огляньте її грудні залози.

4. Попросіть її нагнутися вперед, щоб побачити, чи провисають грудні залози на одному рівні.

5. Попросіть пацієнтку лягти на оглядовий стіл.

6. Покладіть подушку під її ліве плече. Попросіть її покласти ліву руку над головою.



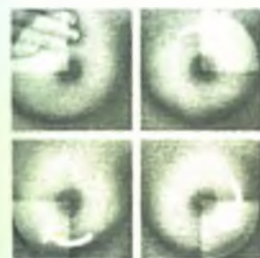
1. Огляньте перед дзеркалом форму грудей, зовнішній вигляд шкіри і сосків.



2. Підніміть руки вгору і огляньте свої грудні залози, спочатку спереду, потім з обох боків.



3. У положенні стоячи натисніть на грудні залози трьома середніми пальцями руки.



4. Почніть з верхньої зовнішньої чверті — тканина тут зазвичай щільніша, і далі просувайтесь за годинниковою стрілкою.



5. Потім стисніть кожний сосок окремо між великим і вказівним пальцями, погляньте, чи не виділяється рідина.



6. Продовжуйте обстеження в положенні лежачи — знову по колу, кожну чверть по черзі.



7. Намацайте пальцями лімфатичні вузли в паховій ділянці.

Мал. 2. Посібник до самообстеження грудних залоз

7. Подивіться на ліву грудну залозу чи не відрізняється вона від правої. Перевірте наявність випинань або поглиблень.

8. Подушечками трьох середніх пальців обмацайте всю грудну залозу, починаючи з верхнього краю за спіральним методом. Звертайте увагу на будь-які затвердіння або м'якість (зменшення щільності тканини).

9. Великим і вказівним пальцями злегка стисніть сосок. Зверніть увагу, чи є якісь виділення (прозорі, мутні або кров'янисті).

10. Повторіть те саме з правою грудною залозою. Якщо потрібно, повторіть усю процедуру в положенні сидячи з руками з боків.

11. Попросіть пацієнтку сісти і підняти руки над головою. Промацайте нижню частину грудних залоз, натискаючи на зовнішній край лівого пекторального м'яза, повільно пересуваючи пальці нагору в напрямку пахвинної ямки. Відзначте збільшення лімфатичних вузлів або їх особливу м'якість.

12. Повторіть цю саму процедуру для правого боку.

13. Наприкінці обстеження скажіть пацієнтці, що вона може одягтися. Поясніть, що може насторожувати і що робити в такому разі. Якщо все було нормально, скажіть про це пацієнтці і повідомте, коли їй варто прийти на повторне обстеження.

14. Усі результати обстеження або ознаки виявленого захворювання повинні бути чітко задокументовані в картці пацієнтки. Залежно від результатів проведеного вами обстеження може знадобитися додаткове обстеження.

15. У разі потреби, якщо перше обстеження проводилось під час другої фази менструального циклу, ви можете попросити пацієнтку з'явитися для повторного обстеження з 7-го по 13-й день менструального циклу. При цьому ви повинні:

— заспокоїти пацієнтку, сказати, що явище передменструального нагрубання грудних залоз зменшує інформативність огляду;

— пояснити їй, як визначити дні менструального циклу, коли вона повинна з'явитися для повторного обстеження (день початку менструації є першим днем менструального циклу).

16. Покажіть пацієнтці, як робити самообстеження грудних залоз.

17. Поясніть пацієнтці необхідність щомісячного самообстеження грудних залоз, звертаючи увагу при цьому на:

- проведення самообстеження під час першої фази менструального циклу;
- перевірки правильності виконання нею самообстеження і пальпації.

18. Проінформуйте пацієнтку віком понад 35 років, що мамографію необхідно проводити кожні 1—2 роки.

#### Пальцеве обстеження прямої кишки

З цього методу починається обстеження будь-якого проктологічного хворого.

Протипоказання: стриктури відхідника, гостра тріщина відхідника, гострий тромбоз гемороїдальних вузлів.

Перед пальцевим дослідженням ретельно оглядають ділянку відхідника для виявлення зовнішніх нориць, геморою, тріщин тощо. Потім палець у рукавичці, змащений вазеліном, обережно вводять у відхідниковий канал. Обстеження краще проводити в колінно-ліктьовому положенні. Звертають увагу на тонус сфінктера, стан слизової оболонки, приректальної клітковини, лімфатичних вузлів у ній, рухливість стінки прямої кишки.

## Роль сімейної медсестри у проведенні первинної і вторинної профілактики туберкульозу

У структурі смертності від інфекційних захворювань туберкульоз становить понад 80%. Щогодини на туберкульоз в Україні занеджують четверо, а один хворий помирає.

З 1995 р. туберкульоз в Україні має статус епідемії. Серед тих, хто вперше захворів на туберкульоз, майже 50% — хворі на алкоголізм і наркоманію, 20% — колишні в'язні, 10% — мігранти, переселенці, позбавлені нормальних умов життя, 2% — особи без певного місця проживання. Тому у 80% з них діагностують запущений туберкульоз.

*Протитуберкульозні заходи* — це комплекс медико-соціальних, санітарно-гігієнічних, діагностичних, лікувально-профілактичних, реабілітаційних і організаційних заходів,

спрямованих на своєчасне виявлення хворих, їхнє лікування і профілактику, локалізацію і ліквідацію вогнищ туберкульозної інфекції.

На передньому плані боротьби з туберкульозом перебувають медичні працівники дільниці сімейної медицини. У їхні функції входить:

- складання і реалізація планів боротьби з туберкульозом;
- ведення картотеки хворих на туберкульоз та осіб, які потребують туберкулінодіагностики і флюорографічного обстеження;
- направлення на консультацію до фтизіатра всіх пацієнтів з кашлем упродовж 3 тиж і більше, іноді самостійне 3-разове взяття мокротиння і мікроскопічне дослідження на наявність мікобактерій туберкульозу за методом Ціля—Нільсона;
- проведення туберкулінодіагностики і ревакцинації дітей вакциною БЦЖ;
- амбулаторне долікування хворих, протирецидивне лікування і хіміопротифілактика;
- організація заходів у вогнищах туберкульозу разом із фтизіатром та епідеміологом;
- санітарно-просвітня робота;
- проведення протитуберкульозних заходів разом із сільськогосподарськими підприємствами.

## Робота сімейної медсестри в туберкульозному осередку

На дільниці сімейної медицини дуже важлива робота медсестри в родинях, де є хворі на туберкульоз. Залежно від масивності бактеріовиділення, наявності в родині дітей і підлітків, санітарно-гігієнічних умов, в яких проживає хворий і його родина, виділяють 3 групи осередків туберкульозної інфекції:

*1 група* — осередки, де проживають хворі з масивним (мікобактерії в мазках мокротиння знаходять під час звичайного мікроскопування) або мізерним (мікобактерії в мокротинні виявляють методом посіву) бактеріовиділенням, але в родині є

діти і підлітки або існують обтяжливі обставини (погані житлові умови, алкоголізм тощо). Сімейна медсестра повинна відвідувати такий осередок не рідше ніж 1 раз на місяць.

*2 група* — осередок, де проживає хворий з мізерним бактеріовиділенням і всі члени родини дорослі або хворий формальний (бактеріовиділення припинилося, але хворий ще перебуває під контролем), але в сім'ї є діти чи підлітки або один з обтяжливих чинників. Медична сестра відвідує таку дільницю 1 раз на 2 міс.

*3 група* — вогнища, де крім формального хворого, проживають лише дорослі і немає обтяжливих обставин. Сюди відносять родини, в особистому господарстві яких є худоба, хвора на туберкульоз. Медсестра відвідує такий осередок 1 раз на півроку.

Якщо хворий перебуває в осередку, члени його родини здійснюють *поточну дезінфекцію*. Цього їх навчає медсестра, надалі контролюючи її проведення.

У хворого повинні бути окремий посуд, рушники, постільна білизна, які систематично знезаражують. Найнебезпечніший матеріал — мокротиння хворого. Тому хворого потрібно забезпечити двома кишеньковими плювальницями, на чверть заповненими 5 % розчином хлораміну або 2,5 % розчином активованого хлораміну (25 г хлораміну і 25 г амонію хлориду в 950 мл води). В одну він збирає мокротиння, в іншій воно дезінфікується. Заповнену плювальницю з відкритою кришкою поміщають в емальований посуд і кип'ятять 20 хв у 2 % розчині питної соди або на 6 год заливають 5 % розчином хлораміну. Потім мокротиння переливають в інший посуд і заливають хлорним вапном (20 г сухого хлорного вапна на 100 мл мокротиння), а через годину зливають у каналізацію. При цьому необхідно користуватися гумовими рукавичками, які потім знезаражують і викидають.

За межами лікувальних закладів хворі зазвичай не користуються плювальницями, у такому разі рекомендують відстібні кишені для носових хусток. Ці кишені з хустками на 6 год замочують у 5 % розчині хлораміну в емальованій ємності, потім перуть і прасують.

Посуд хворого кип'ятять 15—20 хв у 2 % розчині соди, рештки їжі кип'ятять 30 хв у посуді із закритою кришкою.

Натільну й постільну білизну кип'ятять, попередньо замочивши у 2 % розчині соди.

Прибирають приміщення 2—3 рази на добу вологим способом. Усе, що застосовувалося для збирання, знезаражують у 5 % розчині хлораміну.

Осіб, що контактували з хворими, обстежують: дорослих — 2 рази на рік, дітей — 4 рази.

Щоб унеможливити контакт із немовлям, хворого госпіталізують не менше ніж за півтора місяці до виписування матері та дитини з пологового будинку — це час, необхідний для формування імунітету після вакцинації БЦЖ, що дитина отримала в пологовому будинку. Так само — при ревакцинації.

Усі заходи, проведені медичними працівниками для обмеження поширення інфекції, можуть виявитися марними, якщо хворий не опанує основні гігієнічні навички: при чханні і кашлі відвертатися від людей, прикривати рот і ніс хусткою, частіше мінати хустки, не плювати на підлогу.

*Специфічна профілактика* туберкульозу полягає у проведенні вакцинації, ревакцинації БЦЖ і хіміопротекції.

Первинну вакцинацію проводять усім здоровим доношеним дітям на 3—7-й день життя. За наявності протипоказань щеплення роблять через 1—6 міс після одужання на дільниці сімейної медицини. Якщо дитині вже виповнилося 2 міс і більше, перед імунізацією роблять пробу Манту з 2 ТО. Вакцинують дітей з негативною пробою Манту. Інтервал між пробою Манту і ревакцинацією повинен становити від 3 днів до 2 тиж. Ревакцинацію проводять у 7 і 14 років.

*Реакцію Манту* застосовують при масових обстеженнях для виявлення хворих та інфікованих, а також для добору контингенту для ревакцинації.

*Техніка:* для проведення проби Манту використовують одноразові туберкулінові шприці, туберкулін (суспензію убитих мікобактерій туберкульозу). У шприц набирають 0,2 мл туберкуліну (2 дози), надягають голку і випускають розчин до помітки 0,1, розчин вводять на внутрішній поверхні передпліччя внутрішньошкірно. Поверхню попередньо обробляють 70 % спиртом і висушують. У разі правильного введення на місці ін'єкції утворюється «лимонна шкірка» розміром 7—8 мм.

### Алгоритм оцінювання проби Манту і дій медсестри на дільниці сімейної медицини



**Хіміопротифілактику** протитуберкульозними препаратами призначають здоровим людям, якщо є підвищений ризик їхнього зараження. Розрізняють первинну хіміопротифілактику, яку проводять неінфікованим дітям, підліткам і дорослим з осередків туберкульозної інфекції. Мета вторинної профілактики — не допустити рецидивів захворювання після перенесеного туберкульозу. Для хіміопротифілактики використовують ізоніазид, фтівазид, рифампіцин. Призначає хіміопротифілактику лікар-фтизіатр, на дільниці сімейної медицини контролюють її виконання. Проведення хіміопротифілактики знижує можливість захворювання у 6—7 разів.

Необхідна умова успішної профілактики — своєчасне виявлення хворих. Методи виявлення поділяють на активні (флюорографічне обстеження всіх осіб віком понад 15 років не рідше ніж 1 раз на 2 роки) і пасивні (флюорографічне обстеження осіб, що звернулися на прийом з патологією органів дихання, і дослідження мокротиння на виявлення мікобактерій туберкульозу).

## Диспансеризація

*Диспансеризація* — це активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів:

- здорових осіб, об'єднаних загальними фізіологічними особливостями або умовами праці;
- хворих із хронічними захворюваннями;
- осіб після деяких перенесених гострих захворювань;
- осіб, які мають чинники ризику.

Головна мета диспансеризації — зміцнення і збереження здоров'я населення, збільшення тривалості їх життя методом систематичного спостереження стану їхнього здоров'я, вивчення й оздоровлення умов праці і побуту, широкого проведення комплексу соціально-економічних, санітарно-гігієнічних, профілактичних і лікувальних заходів.

В ідеалі ми повинні прийти до диспансеризації всього населення дільниці сімейної медицини.

Для ефективного та якісного проведення диспансеризації необхідно активно виявляти хворих на ранніх стадіях захворювання, систематично їх спостерігати, проводити лікувально-профілактичні заходи, вивчати зовнішнє середовище, виробничі і побутові умови і вживати заходи щодо їхнього покращення.

Існують накази та інструкції, що визначають частоту спостережень, назви і частоту діагностичних досліджень, основні лікувальні заходи для різних захворювань.

Практичне здійснення диспансеризації — це процес, який складається з трьох фаз:

- 1) облік і обстеження всього населення з метою активного виявлення захворювань на ранніх стадіях і чинників ризику;
- 2) проведення профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів;
- 3) динамічне спостереження й оцінювання ефективності проведених заходів.

З метою оцінювання стану здоров'я та раннього виявлення захворювань для кожного жителя проводять обов'язковий мінімум діагностичних досліджень і огляди лікарів-фахівців в обсягах, визначених певними наказами. Наприклад, у дорос-

лого населення збирають анамнестичні дані, антропометрію, вимірюють артеріальний тиск, гостроту зору, слуху, внутрішньоочний тиск (після 40 років), оглядають жінок у гінеколога зі взяттям мазків на цитологічне дослідження, роблять загальний аналіз крові, досліджують сечу на глюкозу і білок, роблять флюорографію, жінкам — мамографію (з 35 років), ЕКГ — після 40 років.

### Алгоритм участі сімейної медсестри в диспансеризації населення дільниці



Список осіб, що підлягають періодичним медичним оглядам, складають за формою 122/о. У них зазначають дату і дають загальну оцінку стану здоров'я пацієнта.

Після уточнення діагнозу заповнюють «Статистичний талон реєстрації остаточних (уточнених) діагнозів» (Ф—025-2/о), роблять запис у «Талоні амбулаторного пацієнта в закладі загальної практики — сімейної медицини» (Ф—025-6-1/о) і в медичній картці амбулаторного хворого (Ф—025/о).

Запис у медичній картці амбулаторного хворого робить лікар. Він фіксує, що це первинний диспансерний огляд, описує скарги хворого, анамнез, дані об'єктивних методів обстеження, діагноз захворювань відповідно до сучасних класифікацій, план додаткових методів обстеження і лікувальних заходів (амбулаторне, стаціонарне, санаторно-курортне лікування тощо). Обов'язково вказує оздоровчі заходи (звільнення від позаурочних робіт, відряджень, поліпшення умов праці, додаткова перерва в роботі тощо), потім зазначає терміни диспансеризації. Закінчується запис словами «Хворого взято на диспансерний облік із приводу певного захворювання». На титульному листі кольоровим чорнилом пишуть літеру «Д» і дату взяття хворого на облік, проводять маркування картки відповідно до правил дільниці сімейної медицини і нозологічної форми захворювання, з приводу якого хворого взято на диспансерний облік.

#### *Групи диспансерного обліку:*

I — здорові і практично здорові, їх оглядають 1 раз на рік, проводять дослідження загального аналізу крові і сечі, крові на глюкозу, флюорографію, жінкам — огляд гінеколога, усім після 40 років — електрокардіографію;

II — особи, які перенесли деякі гострі захворювання (ангіна — спостереження 1 міс, пневмонія — 12 міс, гострий гломерулонефрит — 2 роки). Обсяг обстежень визначають за стандартами, що діють;

III — особи з хронічними захворюваннями в стадії компенсації;

IV — особи з хронічними захворюваннями в стадії декомпенсації.

Окремо виділяють осіб, які часто і тривало хворіють (понад 30 днів).

На кожного диспансерного хворого медсестра заводить контрольну картку диспансерного спостереження (Ф—030/о). Цей документ дає змогу контролювати виконання медсестрою призначень лікаря, своєчасного повторного диспансерного огляду пацієнта.

Якщо пацієнт вчасно не з'явився на диспансерний огляд, в амбулаторній картці пишуть причину, а в контрольній картці

диспансерного огляду призначають нову дату огляду. Найкращим веденням контрольних карток є їхнє введення в комп'ютер, що дозволяє провести повний аналіз диспансеризації населення на дільниці сімейної медицини.

Ефективність диспансеризації аналізують за низкою показників, що їх вираховують сімейний лікар і медсестра (див. лекцію «Облікова і звітна документація на дільниці сімейної медицини»).

### Тести

1. Первинна профілактика — це:

- а) комплекс заходів щодо запобігання виникненню захворювань;
- б) заходи щодо запобігання загостренням хронічних захворювань;
- в) активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів;
- г) усе перераховане правильно;
- ґ) усе неправильно.

2. Диспансеризація — це:

- а) комплекс заходів щодо запобігання виникненню захворювань;
- б) заходи щодо запобігання загостренням хронічних захворювань;
- в) активний метод динамічного спостереження різних категорій пацієнтів;
- г) усе перераховане правильно;
- ґ) усе неправильно.

3. Мамографію призначають усім жінкам віком понад:

- а) 16 років;
- б) 20 років;
- в) 25 років;
- г) 35 років;
- ґ) 45 років.

4. За підозри на пухлину шлунка необхідно призначити:
- а) рентгеноскопію шлунка;
  - б) фіброгастроскопію;
  - в) колоноскопію;
  - г) іригоскопію;
  - г) шлункове зондування.
5. Самообстеження грудних залоз необхідно проводити:
- а) 1 раз на 1 міс;
  - б) 1 раз на 3 міс;
  - в) 1 раз на півроку;
  - г) 1 раз на 2 роки;
  - г) щодня.
6. Підготовка хворого до фіброгастроскопії включає:
- а) промивання шлунка;
  - б) очисну клізму;
  - в) прихід зранку натще;
  - г) усе, перелічене вище;
  - г) усе неправильно.
7. Для збирання мокротиння хворого на туберкульоз кишенькову плювальницю заповнюють на одну чверть:
- а) 1 % розчином хлораміну;
  - б) 3 % розчином хлораміну;
  - в) 5 % розчином хлораміну;
  - г) сухим хлорним вапном;
  - г) перевареною водою.
8. Пробу Манту оцінюють через:
- а) 20—30 хв;
  - б) 1 год;
  - в) 24 год;
  - г) 48 год;
  - г) 72 год.
9. Пробу Манту (папулу 6 мм) вважають:
- а) негативною;
  - б) сумнівною;

- в) позитивною;
- г) гіперергічною.

**10. Специфічна профілактика туберкульозу включає:**

- а) проведення проби Манту;
- б) вакцинацію і ревакцинацію БЦЖ;
- в) санітарно-просвітню роботу в осередку туберкульозу;
- г) подвірні обходи;
- я) флюорографічне обстеження населення.

**Еталони відповідей на тести**

- 1 — а; 2 — в; 3 — г; 4 — б; 5 — а; 6 — в; 7 — в; 8 — г; 9 — в;  
10 — б.

**Ситуаційні задачі**

1. До сімейної медсестри за порадою звернулася жінка С., 50 років. Її чоловік перебуває на лікуванні в протитуберкульозному диспансері, є активним бактеріовиділювачем. Дочка повинна виписатися з пологового будинку, де народила доношеного здорового хлопчика масою тіла 3700 г. У жінки виникли питання: чи можна маляті провести щеплення вакциною БЦЖ? Чи може народжений онук контактувати з дідом?

2. Сімейний лікар після проведення клінічного обстеження й оцінювання результатів додаткових методів обстеження діагностував у хворого виразкову хворобу шлунка. Після цього дав завдання сімейній медсестрі заповнити документи на диспансерного хворого. Які дії сімейної медсестри?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Так, протипоказань для вакцинації немає. Ні, оскільки дід — активний бактеріовиділювач, він повинен виїхати з будинку не менше ніж на півтора місяця, адже цей час потрібен для формування активного імунітету в дитини після вакцинації БЦЖ у пологовому будинку.

2. Медсестра проводить: маркування медичної картки амбулаторного хворого (ф. 025/о); заводить на хворого контрольну картку диспансерного спостереження (ф. 030/о), де зазначає дату диспансерного огляду пацієнта.

## РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ В ОХОРОНІ ДИТИНСТВА

### Роль сімейної медсестри у профілактиці інфекційних захворювань у дітей

*Профілактика інфекційних захворювань* — це система державних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням (схема 5).



Схема 5. Профілактика інфекційних захворювань

У разі пасивної профілактики дитина отримує імунні сироватки або імуноглобуліни, які містять готові антитіла проти

відповідних мікробів і токсинів, що їх виробляють бактерії.

Для створення активного імунітету в організм дитини вводять вакцину або анатоксин. Вакцина містить убитих або живих (але ослаблених) збудників хвороби. У відповідь на їхнє введення організм виробляє специфічні антитіла. Анатоксин отримують, знешкоджуючи токсини. При цьому токсин втрачає отруйність, але зберігає здатність викликати імунітет.

**Профілактичні щеплення** — найважливіший метод запобігання інфекційним захворюванням.

Інфекційну безпеку населенню України гарантує стаття 27 «Про забезпечення санітарного й епідеміологічного благополуччя населення» і статті 1 і 12 закону України «Про захист населення від інфекційних захворювань».

Профілактичні щеплення проводять відповідно до наказу МОЗ України № 48 від 03.02.2006 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості і обігу медичних імунобіологічних препаратів». Наказ включає календар профілактичних щеплень, положення про організації щеплень, перелік медичних протипоказань для проведення щеплень, інструкцію з організації епідеміологічного спостереження побічних дій імунобіологічних препаратів, порядок їхнього зберігання, обліку і транспортування.

## Календар профілактичних щеплень в Україні

До Календаря профілактичних щеплень в Україні (далі — календар) включено чотири розділи: щеплення за віком, щеплення за станом здоров'я, щеплення, що їх проводять на ендемічних та ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями, рекомендовані щеплення.

Щеплення за віком розглянуті у табл. 12.

Таблиця 12. Щеплення для профілактики

Вік	Щеплення проти				Примітка
1 день	Гепатиту В <sup>2</sup>				
3—7 день	Туберкульозу <sup>1</sup>				

Продовження табл. 12

Вік	Щеплення проти					Примітка
1 міс		Гепатиту В <sup>2</sup>				
3 міс			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ІПВ	Гемofilьної інфекції <sup>6</sup>	Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
4 міс			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	Гемofilьної інфекції <sup>6</sup>	Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
5 міс			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>3</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	Гемofilьної інфекції <sup>6</sup>	Дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень вакциною АаКДП
6 міс		Гепатиту В <sup>2</sup>				
12 міс					Кору, краснухи, паротиту <sup>4</sup>	

Вік	Щеплення проти				Примітка
18 міс			Дифтерії, кашлюку, правця <sup>2</sup> вакциною АяКДП	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	Гемофільної інфекції <sup>5</sup>
6 років			Дифтерії, правця <sup>2</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	Кору, краснухи, паротиту <sup>6</sup>
7 років	Туберкульозу <sup>1</sup>		Дифтерії, правця <sup>2</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	
14 років	Туберкульозу <sup>1</sup>		Дифтерії, правця <sup>2</sup>	Поліомієліту <sup>4</sup> ОПВ	
15 років					Краснухи (дівчата), паротиту (хлопці) <sup>6</sup>
18 років			Дифтерії, правця <sup>2</sup>		
Дорослі			Дифтерії, правця <sup>2</sup>		

**Примітки.**

1. Щеплення роблять усім новонародженим, що не мають до цього протипоказань. Щеплення проводять вакциною для профілактики туберкульозу (далі — БЦЖ). Для вакцинації недоношених дітей з масою тіла понад 2000 г необхідно застосовувати вакцину для профілактики туберкульозу зі зменшеним вмістом антигену (далі — БЦЖ-М).

Щеплення для профілактики туберкульозу не проводять в один день з іншим щепленням. Неприпустимо поєднувати в один день щеплення для профілактики туберкульозу з іншими парентеральними маніпуляціями.

Дітей, не щеплених у пологовому будинку з будь-яких причин, обов'язково вакцинують у дитячих поліклініках. Для щеплення дітей, не щеплених у пологовому будинку через наявність медичних протипоказань, необхідно застосовувати вакцину БЦЖ-М або половинну дозу вакцини БЦЖ. Якщо дитина не щеплена в пологовому будинку не через медичні протипоказання, щеплення проводять вакциною БЦЖ. Дітям, яким не виповнилося 2 міс, щеплення проти туберкульозу проводять без попереднього встановлення проби Манту. Після виповнення дитині двомісячного віку перед щепленням БЦЖ слід провести пробу Манту. Щеплення роблять при негативному результаті проби.

Ревакцинації проти туберкульозу підлягають діти віком 7 і 14 років з негативним результатом проби Манту. Ревакцинацію проводять вакциною БЦЖ.

За відсутності поствакцинального (БЦЖ) рубчика дітям з негативною реакцією на пробу Манту слід робити додаткове щеплення через 2 роки після вакцинації БЦЖ.

Проби Манту проводять щороку з 2 ТО. З огляду на те, що профілактичні щеплення можуть вплинути на чутливість до туберкуліну, туберкулінодіагностику слід планувати до проведення профілактичних щеплень. Якщо з певних причин пробу Манту проводять після профілактичних щеплень, туберкулінодіагностику слід здійснювати не раніше ніж через 1 міс після щеплення.

2. Для профілактики гепатиту В усім новонародженим вводять моновалентну вакцину.

Якщо мати новонародженого HbsAg-негативна («—») і це документально підтверджено, можна розпочинати вакцинацію дитини впродовж перших місяців життя або поєднати з щепленням проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту. У разі поєднання імунізації проти кашлюку, дифтерії, правця, поліомієліту рекомендують схеми: 3—4—5—18 міс життя або 3—4—9 міс життя.

- Новонародженим з масою тіла до 2000 г, які народилися від HbsAg-негативних матерів, вакцинацію проводять при досягненні дитиною маси тіла 2000 г або при досягненні віку 1 міс.

- Якщо новонароджена дитина в тяжкому стані, імунізацію дитини проводять після поліпшення стану перед написуванням з лікарні.

Якщо мати новонародженого HbsAg-позитивна («+»), дитину щеплять за схемою (перша доба життя) — 1—6 міс. Першу дозу вводять у перші 12 год життя дитини незалежно від маси тіла. Разом з вакцинацією, однак не пізніше 1-го тижня життя, в іншу ділянку тіла необхідно вводити специфічний імуноглобулін проти гепатиту В з розрахунку 40 МО/кг маси тіла та не менше 100 МО. Якщо маса тіла новонародженої дитини менше ніж 2000 г, її обов'язково вакцинують, однак уведено дозу вакцини не зараховують як дозу первинної імунізації; при досягненні дитиною віку 1-го місяця вакцинацію слід проводити серією з трьох доз вакцин 0—1—6 (0 — дата першого введення вакцини, мінімальний інтервал між першим та іншим щепленнями — 1 міс, другим та третім — 5 міс).

Якщо в матері новонародженого з HbsAg невизначений HbsAg-статус, щеплення дитини проводять обов'язково в перші 12 год життя з одночасним дослідженням статусу матері за HbsAg. У разі отримання позитивного результату матері профілактику гепатиту В проводять у випадку щеплення новонародженої дитини від HbsAg-позитивної матері.

Для вакцинації дітей та дорослих поза календарем щеплень проти гепатиту В рекомендують використовувати схему 0—1—6 міс.

Не слід розпочинати серію вакцинацій, якщо пропущено дозу, незалежно від того, скільки минуло годин. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів.

3. Щеплення для профілактики дифтерії, правця та кашлюку за віком у 3, 4 і 5 міс проводять кашлюково-дифтерійно-правцевою вакциною (далі — АКДП). Інтервал між першим і другим, другим і третім щепленнями АКДП вакциною дорівнює 30 днів. Інтервал між третім і четвертим щепленням має становити не менше ніж 12 міс.

Першу ревакцинацію у 18 міс проводять вакциною з ацелюлярним кашлюковим компонентом (далі — АаКДП).

АаКДП застосовують для подальшого щеплення дітей, які мали післявакцинальні ускладнення на попередні щеплення

АКДП, а також для проведення всіх щеплень дітям з високим ризиком розвитку післявакцинальних ускладнень за висновком вакцинальної комісії або дитячого імунолога. Для профілактики дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, гепатиту В та інфекцій, що їх спричинюють бактерії *Haemophilus influenzae* типу В (далі — НіВ), можна використовувати комбіновані вакцини з різними варіантами комбінацій антигенів, що зареєстровані в Україні.

Щеплення дітей віком до 4 років поза календарем признає лікар з таким розрахунком, щоб дитина встигла отримати чотириразову імунізацію АКДП до 3-х років 11 міс і 29 днів.

Першу імунізацію проти дифтерії та правця (у 6 років) проводять анатоксином дифтерійно-правцевим (далі — АДП), другу (у 14 років) і третю (у 18 років) — анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (далі — АДП-М).

Дітей віком до 5 років 1 міс 29 днів, які перехворіли на кашлюк, щеплять АДП. Вакцинацію проводять триразово з інтервалом між першим і другим щепленнями 30 днів, між другим і третім — 9—12 міс.

Першу планову ревакцинацію дорослих за віком та епідоказаннями, що були щеплені раніше, треба здійснювати АД-М з інтервалом 5 років після останнього щеплення. Подальші планові ревакцинації дорослих проводять із мінімальним інтервалом 10 років АДП-М від попереднього щеплення АДП-М.

Підліткам і дорослим, які раніше не були щеплені або не мають даних щодо імунізації, проводять щеплення АДП-М триразово (інтервал між першим і другим щепленнями має становити 30—45 днів, між другим і третім — 6—12 міс). Ревакцинацію підлітків (яких щеплять поза схемою) здійснюють з мінімальним інтервалом 3 роки після останнього щеплення для профілактики дифтерії та правця.

Для активної імунізації проти правця осіб віком понад 60 років, що не щеплені протягом останніх 10 років, слід використовувати скорочену схему вакцинації (одноразове щеплення АП у подвійній дозі — 20 оз/мл, з обов'язковою ревакцинацією через 12 міс дозою 10 оз/мл) та надалі — кожні 10 років без обмеження віку.

Не можна розпочинати серію вакцинацій, якщо пропущено дозу, незалежно від того, скільки минуло годин. Необхідно

ввести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів.

З огляду на ймовірність розвитку післявакцинальних реакцій на введення АКДП, наприклад, підвищення температури тіла, що може зумовити фебрильні судоми, необхідно щоразу надавати рекомендації батькам щодо вживання парацетамолу в дозі, відповідній віку дитини, протягом доби після щеплення.

4. Інактивовану вакцину для профілактики поліомієліту (далі — ІПВ) застосовують для перших двох щеплень, а в разі протипоказань для введення оральної поліомієлітної вакцини (далі — ОПВ) — для всіх подальших щеплень за календарем.

Вакцину ОПВ застосовують для 3—6-го щеплень (третьої вакцинації і вікової ревакцинації) за відсутності протипоказань до ОПВ.

Після щеплення ОПВ слід обмежити ін'єкції, парентеральні втручання, планові операції протягом 40 днів, виключити контакти з хворими та ВІЛ-інфікованими.

Не слід розпочинати серію вакцинації, якщо пропущено дозу, незалежно від того, скільки минуло годин. Провести дози, яких не вистачає за графіком, з дотриманням мінімальних інтервалів.

5. Вакцинацію для профілактики Ніб-інфекції можна проводити моновакцинами та комбінованими вакцинами, що містять Ніб-компонент. У разі використання Ніб-вакцини та АКДП різних виробників вакцини вводять у різні ділянки тіла. Бажано використовувати комбіновані вакцини з Ніб-компонентом для первинної вакцинації.

6. Вакцинацію для профілактики кору, епідемічного паротиту та краснухи проводять комбінованою вакциною (далі — КПК) особам віком 12 міс. Друге щеплення для профілактики кору, паротиту та краснухи проводять дітям віком 6 років.

Дітям, що не вакциновані проти кору, паротиту чи краснухи у віці 12 міс і 6 років, щеплення можна починати в будь-якому віці до 18 років. У цьому разі дитина має отримати дози з дотриманням між ними мінімального інтервалу.

Дітям віком 15 років, що отримали 1 або 2 щеплення проти кору, проте не вакциновані проти епідемічного паротиту і краснухи та не хворіли на зазначені інфекції, проводять планове

щеплення проти епідпаротиту (хлопцям) або проти краснухи (дівчатам).

Особи віком понад 18 років, раніше не вакциновані проти зазначених інфекцій, можуть бути щеплені однією дозою за епідемічними показаннями в будь-якому віці до 30 років.

Перенесене захворювання на кір, епідемічний паротит чи краснуху не є протипоказанням для щеплення тривакциною. Якщо в анамнезі перенесено дві із зазначених хвороб, щеплення слід проводити моновакциною проти тієї інфекції, на яку дитина не хворіла. Робити достовірні висновки про імунність дитини можна лише за результатами серологічних досліджень: за наявності антитіл класу Ig до відповідного вірусу особу вважають імунною.

Жінки дітородного віку, які не хворіли на краснуху і не були проти неї щеплені, можуть отримувати індивідуальні щеплення за власним бажанням згідно з інструкцією до вакцин (табл. 13, 14).

Таблиця 13. Перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень

Вакцина	Протипоказання
Усі вакцини та анатоксини	Тяжкі ускладнення від попередньої дози у вигляді анафілактичного шоку. Алергія на будь-який компонент вакцини. Прогресивні захворювання нервової системи, гідроцефалія та гідроцефальний синдром у ступені декомпенсації, епілепсія, епілептичний синдром із судомами 2 рази на місяць та частіше. Гостре захворювання або загострення хронічного захворювання <sup>1</sup>
Усі живі вакцини	Природжені комбіновані імунодефіцити, первинна гіпогаммаглобулінемія (уведення вакцин не протипоказано при селективному імунодефіциті IgA та IgM), транзиторна гіпогаммаглобулінемія та злоякісні новоутворення, вагітність, СНІД, перебування на імуносупресивній терапії <sup>2</sup>

Вакцини	Протипоказання
БЦЖ <sup>3</sup>	Маса тіла дитини менше ніж 2000 г: при масі тіла 1500—1999 г щеплення не проводять до 1 міс життя, при масі тіла 1000—1499 — до 2 міс. Ускладнені реакції на попереднє введення вакцини (лімфаденіт, холоний абсцес, виразка шкіри діаметром понад 10 мм, келоїдний рубець, остеомиєліт, генералізована БЦЖ-інфекція) Тубінфікування. Дефекти фагоцитозу
ОПВ <sup>4</sup>	Дітям, яким протипоказано введення живих вакцин, а також членам їхніх родин рекомендовано проводити щеплення інактивованою поліомієлітною вакциною (ІПВ)
АКДП	Судоми в анамнезі (замість АКДП вводять АДП або вакцину з ацелюлярним кашлюковим компонентом)
ЖКВ (жива вакцина проти кору), ЖПВ (жива паротитна вакцина), вакцина проти краснухи або тривакцина (кір, паротит, краснуха)	Алергійні реакції на аміноглікозиди. Анафілактичні реакції на яєчний білок. Уведення препаратів крові <sup>5</sup>

**Примітки.**

1. Планову вакцинацію відкладають до закінчення гострих проявів захворювання та загострення хронічних захворювань і проводять одразу після одужання або під час ремісії. Гостре респіраторне захворювання, що має легкий перебіг без підвищення температури тіла, не є протипоказанням до планового щеплення. Особливості вакцинації проти туберкульозу — див. пункт 3 цих приміток.

2. Імуносупресивна терапія — терапія, що її проводять цитостатичними препаратами, зокрема монотерапія циклоспорином А та іншими кортикостероїдами в імунодепресивних дозах, променева терапія. Терапію кортикостероїдами визнають імуносупресивною, якщо з розрахунку на преднізолон вона становить понад 1 мг на 1 кг маси тіла на добу та триває понад 14 діб за розумного системного використання. Планові щеп-

лення інактивованими вакцинами та анатоксинами проводять після закінчення терапії, щеплення живими вакцинами — не менше ніж через 1 міс після припинення терапії. Якщо тривалість терапії кортикостероїдами становить менше ніж 14 діб незалежно від дози або понад 14 діб у разі дози за преднізолоном менше ніж 1 мг на 1 кг маси тіла на добу, або її використовують як замісну терапію, або використовують місцево, таку терапію не визнають імуносупресивною і вона не є протипоказанням до планового щеплення.

3. Неприпустимо поєднувати в один день щеплення проти туберкульозу з іншими щепленнями та парентеральними маніпуляціями. Щеплення БЦЖ та проведення проби Манту заборонено проводити протягом 4 тиж після інфекційного захворювання, що супроводжувалося гарячкою, та під час карантину.

4. Після щеплення ОПВ пропонують обмежити парентеральні втручання протягом 40 діб.

5. Проведення щеплень проти кору, паротиту та краснухи після введення препаратів крові (нерозведена кров, плазма, препарати імуноглобулінів, еритроцитна маса), за винятком відмитих еритроцитів, можливе в терміни, зазначені в інструкції до препарату, але не раніше ніж через 3 міс. Після екстреної профілактики правця протиправцевим людським імуноглобуліном новонародженим вакцинацію БЦЖ проводять за загальноприйнятою схемою. Якщо інтервал між щепленням проти кору, епідемічного паротиту, краснухи та введенням препарату крові з лікувально-профілактичною метою менше ніж 14 днів, щеплення проти цих інфекцій слід повторити.

*Додаток 1 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів*

## **Післявакцинальні реакції і ускладнення**

*А. Коди клінічних ознак післявакцинальних реакцій.*

1. Підвищення температури тіла до 39 °С.
2. Підвищення температури тіла понад 39 °С (сильна загальна).
3. Температура, не зареєстрована в медичній документації.
4. Біль, набряк м'яких тканин понад 50 мм, гіперемія у місці введення понад 80 мм, інфільтрат понад 20 мм (сильна місцева).
5. Лімфаденопатія.
6. Головний біль.
7. Дратівливість, порушення сну.
8. Висипки неалергійного генезу.
9. Анорексія, нудота, біль у животі, диспепсія, діарея.
10. Катаральні явища.
11. Міальгія, артралгія.

*Б. Коди клінічних ознак післявакцинальних ускладнень.*

12. Абсцеси.
13. Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції.
14. Алергійні реакції (набряк Квінке, висипка на кшталт кропив'янки, синдром Стівенса—Джонсона, Лаела).
15. Гіпотензивно-гіпореспонсивний синдром (гостра серцево-судинна недостатність, гіпотонія, зниження тону м'язів, короткочасне порушення свідомості або непритомність, судинні порушення в анамнезі).
16. Артрити.
17. Безперервний пронизливий крик, що триває 3 год і більше.
18. Судоми фебрильні.
19. Судоми афебрильні.
20. Менінгіти/енцефаліти.
21. Анестезія/парестезія.
22. Гострий млявий параліч.
23. Вакциноасоційований паралітичний поліомієліт.

24. Синдром Гієна—Барре (полірадикулоневрит).
25. Підгострий склерозивний паненцефаліт.
26. Паротит, орхіт.
27. Тромбоцитопенія.
28. Підшкірний холодний абсцес.
29. Поверхнева виразка понад 10 см.
30. Регіональний лімфаденіт(и).
31. Келоїдний рубець.
32. Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомієліт, остейт.

### Організація профілактичних щеплень

- Профілактичні щеплення проводять у кабінетах для щеплень дільниці сімейної медицини.
- Дозволяється проводити щеплення лише зареєстрованими в Україні вакцинами. Транспортують і зберігають вакцини з дотриманням правил «холодового ланцюжка».
- Проводить щеплення спеціально підготовлена медсестра. Відповідає за організацію проведення щеплень головний лікар.
- Семінари з техніки проведення щеплень і проби Манту проводять для медичних сестер не рідше ніж 1 раз на рік зі здачею заліку. Організують семінари територіальні управління охорони здоров'я і санітарно-епідеміологічних станцій.
- Медична сестра усно або письмово запрошує батьків з дітьми на день, призначений для щеплень. Якщо дитина відвідує дитячий заклад, батьків попереджають про щеплення.
- Перед проведенням щеплення дитину оглядає сімейний лікар, відповідно реєструючи це в медичному документі.
- Медичні протипоказання встановлює комісія, створена відповідно до наказу на дільниці сімейної медицини.
- Профілактичні щеплення проводять лише одноразовими шприцями.
- Щеплення проти туберкульозу і туберкулінодіагностику проводять в окремому кабінеті, а якщо його немає, то в інший день.

*Додаток 2 до Інструкції щодо організації  
епідеміологічного нагляду за побічною дією  
імунобіологічних препаратів*

**Таблиця 14. Терміни розвитку післявакцинальних реакцій та ускладнень**

Вакцини	Коди клінічних ознак ПРВ та ПВУ														
	1—3	4	5	6—7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
АКДП, АаКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АаКДП	< 72 год	< 48 год	< 7 доб	< 48 год	нх	< 72 год	нх	нх	нх	< 24 год	< 72 год	< 72 год	нх	< 48 год	< 72 год
Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепа- рати), вітран- ки	4— 15 доба	< 48 год	4— 30 доба	4— 15 доба	4— 15 доба	4— 15 доба	4— 15 доба	4— 15 доба	нх	< 24 год	< 72 год	< 72 год	4— 30 доба	нх	4— 15 доба
БЦЖ	< 48 год	ср	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх
ОПВ	нх	нх	нх	< 72 год	нх	< 72 год	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх
ІПВ	< 48 год	< 48 год	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	< 24 год	< 72 год	нх	нх	нх	нх

Вакцини	Коди клінічних ознак ПРВ та ПВУ															
	1—3	4	5	6—7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Проти гепатиту В	< 72 год	< 48 год	нх	< 72 год	нх	< 5 діб	< 72 год	< 72 год	нх	< 24 год	< 72 год	< 72 год	5—30 доба	нх	< 72 год	
Поліглюкозні вакцини (НіВ, менінгококова, пневмококова)	< 72 год	< 48 год	нх	< 48 год	< 72 год	< 72 год	нх	< 72 год	нх	< 24 год	< 72 год	нх	нх	< 48 год	< 48 год	
Інші вакцини	< 48 год	< 48 год	нх	< 48 год	нх	< 72 год	нх	< 72 год	нх	< 24 год	< 72 год	< 72 год	нх	нх	< 48 год	

Продовження додатка 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів

Вакцини	Коди клінічних ознак ПРВ та ПВУ													
	19	20—21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
АКДП, АаКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АаКДП	7—14 доба	< 30 доби	нх	нх	< 31 доби	нх	нх	< 31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	
Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітрянки	нх	4—42 доба	нх	нх	< 31 доби	нх	4—42 доба	4—15 доба	нх	нх	нх	нх	нх	
БЦЖ	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	Через 1,5—6 міс	Через 1,5—6 міс	Через 2—6 міс	Через 5—12 міс	Через 2—18 міс	
ОПВ	нх	нх	3—40 доба	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
ІПВ	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	
Проти гепатиту В	< 72 год	< 15 доби	нх	нх	< 31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	

Вакцини	Коди клінічних ознак ПРВ та ПВУ												
	19	20— 21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Поліглюкозні вакцини (НіВ, менінгококова, пневмококова)	нх	нх	нх	нх	< 31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх
Інші вакцини	нх	< 15 доби	нх	нх	< 31 доби	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх

**Примітки.**

нх — не характерно;

сп — специфічна реакція, характерна на введення вакцини БЦЖ;

о — ПРВ та ПВУ зазначені в інструкції про використання кожного препарату. На кожен випадок ПВУ треба подавати повідомлення за формою подачі інформації, затвердженою цим наказом.

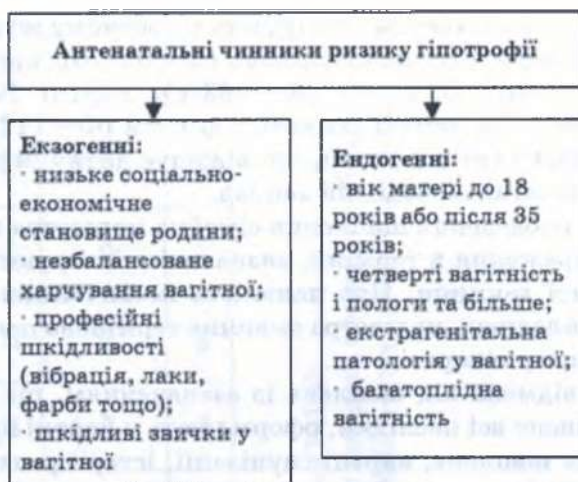
- Проведені щеплення реєструють у робочому журналі обліку профілактичних щеплень (Ф—064/0), картці профілактичних щеплень (Ф—063/0), картці імунізації (Ф—063-1/0), історії розвитку дитини (Ф—112/0) і/або медичній картці дитини, що відвідує дитячий дошкільний або загальноосвітній заклад.
- Після проведення щеплення сімейна медсестра здійснює спостереження в терміни, зазначені в інструкції до відповідної вакцини. Про наявність незвичайних реакцій або ускладнень медсестра повинна терміново повідомити сімейному лікарю.
- Факт відмови від щеплень із зазначенням, що батькам роз'яснено всі наслідки, оформляють у картці профілактичних щеплень, картці імунізації, історії розвитку дитини, її підписують батько і медичний працівник, про що повідомляють у територіальну СЕС.
- Кабінет, де проводять щеплення, повинен мати набір для проведення протишокової терапії та інструкцію з використання препаратів для проведення щеплень.

Головним принципом імунопрофілактики інфекційних захворювань у дітей повинен бути індивідуальний підхід, що гарантуватиме високий рівень вакцинації і низький відсоток післявакцинальних ускладнень.

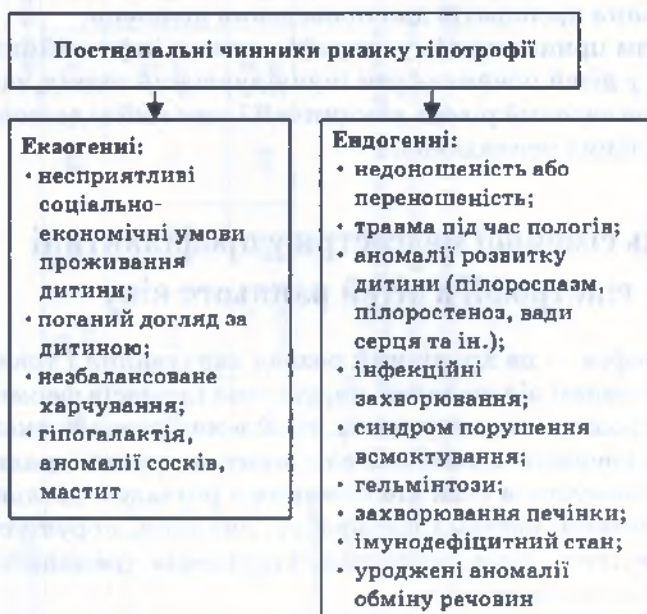
## Роль сімейної медсестри у профілактиці гіпотрофії в дітей раннього віку

*Гіпотрофія* — це хронічний розлад харчування і травлення. В її патогенезі відзначають порушення процесів ферментативного гідролізу і всмоктування, посилення розпаду тканинних білків, виснаження запасів глікогену, жиру, мінеральних речовин. Формується стан виснаження з розладом діяльності нервової системи, системи кровообігу, дихання, порушується функція печінки, терморегуляція. Гіпотрофія трапляється у 2—8 % дитячого населення.

Причини гіпотрофії поділяють на антенатальні і постнатальні (схеми 6, 7).



*Схема 6. Антенатальні чинники ризику гіпотрофії*



*Схема 7. Постнатальні чинники ризику гіпотрофії*

Для виявлення гіпотрофії збирають анамнез (чи є чинники ризику), оглядають, зважують, вимірюють зріст, обвід голови, грудної клітки, оцінюють тургор і еластичність шкіри, вимірюють температуру тіла.

Для визначення належної маси тіла використовують різні методи:

- дитина подвоює масу тіла за 5 міс і потроєє за рік;
- використовують таблиці: збільшення маси тіла за 1 міс — 600 г, 2—3 — по 800 г, а кожен наступний — на 50 г менше;
- формули: збільшення за місяць =  $800 - 50n$ , де  $n$  — місяць життя дитини;
- належний зріст можна обчислити так: перші три місяці дитина росте по 3 см щомісяця, кожен наступний тримісяч — за місяць на 0,5 см менше (табл. 15, 16).

Таблиця 15. Закономірності збільшення маси і довжини тіла у дітей першого року життя

Вік (міс)	Збільшення маси тіла (г)		Збільшення довжини тіла (см)	
	щомісяця	за минулий (англ. Past) період	щомісяця	за минулий період
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	3	9
4	750	2950	2,5	11,5
5	700	3650	2,5	14
6	650	4300	2,5	16,5
7	600	4900	2	18,5
8	550	5450	2	20,5
9	500	5950	2	22,5
10	450	6400	1—1,5	23,5—24
11	400	6800	1—1,5	24,5—25,5
12	350	7150	1—1,5	25,5—27

Таблиця 16. Щомісячне збільшення маси тіла в недоношеній дитині

Вік (міс)	Маса тіла під час народження (г)			
	2500—2001	2000—1501	1500—1001	1000—800
1	300	190	190	180
2	800	700—900	650	400
3	700—800	700—800	600—700	600—700
4	700—800	800—900	600—700	600
5	700	700	800	550
6	700	700	800	550
7	700	700	950	500
8	700	700	650	500
9	700	450	450	500
10	450	400	500	450
11	400	500	300	500
12	350	400	350	450
Усього	7300	6840	6940	5830
Середня маса тіла за 1 рік	9550	8600	8200	6730
Ступінь збільшення	У 4,2 рази	У 4,9 рази	У 6,6 рази	У 7,5 рази

Нормальними вважають масу тіла і зріст, що не відхиляються в той чи інший бік на понад 10 %. Зниження маси тіла на понад 10 % свідчить про гіпотрофію. Виділяють такі ступені її тяжкості:

- I — фактична маса тіла знижена на 11—20 %;
- II — на 21—30 %;
- III — на понад 31 %.

У разі I ступеня гіпотрофії загальний стан задовільний. Дефіцит маси тіла становить 11—20 %, зріст, обвід грудної клітки в нормі. Підшкірна жирова клітковина зменшена, еластичність шкіри знижена. Апетит і сон зазвичай збережені або незначно порушені.

За гіпотрофії II ступеня апетит знижений, дитина неспокійна, плаче, іноді адинамічна, шкіра бліда, суха, з ділянками пігментації, злущування, тургор шкіри знижений. Дитина часто хворіє.

За III ступеня загальний стан дитини тяжкий. Апетит різко знижений, блювання, зригування. Шкіра суха, блідо-сіра, з крововиливами. М'язи атрофічні, дихання поверхневе, аритмічне, тони серця приглушені, АТ знижений. Дефіцит маси тіла — понад 31 %.

Діти з гіпотрофією I ступеня проходять лікування і реабілітацію в амбулаторних умовах:

- харчування на початковому етапі відповідає віку і масі тіла, поступово енергетична цінність їжі збільшується (із 110—130 ккал на 1 кг маси тіла на добу до 140—180 ккал на 1 кг маси тіла на добу). Коригується щотижня;
- щоденні прогулянки за температури не нижче ніж  $-5^{\circ}\text{C}$ ;
- масаж, гімнастика (див. мал. 3—17);
- ферментні препарати (фестал, мексазе, панзинорм);
- вітамінотерапія (А, група В, РР);
- еубіотики (лактобактерин, біфідумбактерин та ін.).

Дітей з гіпотрофією II—III ступенів госпіталізують.

Диспансерно спостерігають дітей з гіпотрофією I—III ступеня, їх записують відповідно до III, IV, V груп здоров'я. Постійно проводять контроль маси тіла, огляд сімейного лікаря, медсестри. Сімейна медсестра вчить правил харчування дитини на природному і штучному вигодовуванні, правил і термінів уведення підгодовування.

Аntenатальна профілактика включає: створення сприятливих умов для вагітних, повноцінне харчування, переведення на роботу без професійних шкідливостей, виключення шкідливих звичок, динамічне спостереження вагітної.

Постнатальна профілактика передбачає головне — природне вигодовування, повноцінне і своєчасне введення підгодовування, збалансоване харчування відповідно до віку дитини, лікування гіпогалакції у матері, запобігання інфекційним захворюванням, рахіту, діатезу (табл. 17, 18).

Показником ефективності диспансеризації є зменшення ступеня тяжкості гіпотрофії.



*Мал. 3. Масаж ноги*



*Мал. 4. Масаж спини*



*Мал. 5. Масаж руки*



*Мал. 6. Масаж живота*



*Мал. 7. Масаж грудей*



*Мал. 8. «Фурманські» рухи*



*Мал. 9. «Фурманські» рухи*



*Мал. 10. Присаджування*



*Мал. 11. Ширяння*



*Мал. 12. Згинання і розгинання рук*



*Мал. 13. Нахил і випрямлення*



*Мал. 14. Підведення ніг під прямим кутом*



*Мал. 15. Згинання і розгинання ніг*



*Мал. 16. «Ткаля»*



*Мал. 17. «Місток»*

Таблиця 17. Орієнтовна схема природного вигодовування дітей першого року життя

Назва продуктів і страв	Вік (міс)								Примітка
	0—3	4	5	6	7	8	9	9—12	
Фруктові соки, мл	—	5—30	40—50	50—60	60	70	80	90—100	З 3 міс
Фруктове пюре, г	—	5—30	40—50	50—60	60	70	80	90—100	З 3,5 міс
Сир, г	—	—	—	10—30	40	40	40	50	З 5 міс
Жовток, шт.	—	—	—	—	0,25	0,5	0,5	0,5	З 6 міс
Овочеve пюре, г	—	—	10—100	150	150	170	180	200	З 4,5—5,5 міс
Молочна каша, г	—	—	—	50—100	150	150	180	200	З 5,5—6,5 міс
М'ясне пюре, г	—	—	—	—	—	5—30	50	60—70	З 7 міс
Кефір та інші кисломолочні продукти або незбиране молоко, мл	—	—	—	—	—	200	200	400—600	З 7,5—8 міс

Продовження табл. 17

Назва продуктів і страв	Вік (міс)								Примітка
	0—3	4	5	6	7	8	9	9—12	
Хліб пшеничний вищого гатунку, г	—	—	—	—	—	5	5	10	З 7 міс
Сухарі, печиво, г	—	—	—	—	3—5	5	5	10—15	З 6 міс
Олія (соняшникова, кукурудзяна), г	—	—	1—3	3	3	5	5	6	З 4,5—5 міс
Вершкове масло, г	—	—	—	1—4	4	4	5	6	З 5 міс

Таблиця 18. Орієнтовна схема штучного вигодовування дітей першого року життя

Назва продуктів і страв	Вік (міс)									
	0—1	2	3	4	5	6	7	8	9	9—12
Адапована молочна суміш, мл	700—800	800—900	800—900	800—900	700	400	300—400	350	200	200
Фруктові соки, мл	За показаннями*			5—30	40—50	50—60	60	70	80	90—100
Фруктове пюре, г	За показаннями*			5—30**	40—50	50—60	60	70	80	90—100
Сир, г	—	—	—	—	—	40	40	40	40	50
Жовток, шт.	—	—	—	—	—	—	0,25	0,5	0,5	0,5
Овоче́ве пюре, г	—	—	—	—	10—150	150	150	170	180	200
Молочна каша, г	—	—	—	—	—	50—150	150	170	180	200
М'ясне пюре, г	—	—	—	—	—	—	5—30	50	50	60—70
Кефір та інші кисломолочні продукти або незбиране молоко, мл	—	—	—	—	—	—	200	200	400	400

Продовження табл. 18

Назва продуктів і страв	Вік (міс)									
	0—1	2	3	4	5	6	7	8	9	9—12
Хліб пшеничний вищого ґатунку, г	—	—	—	—	—	—	—	5	5	10
Сухарі, печиво, г	—	—	—	—	—	3—5	5	5	10	10—15
Олія (соняшникова, кукурудзяна), г	—	—	—	—	3	3	3	5	5	6
Вершкове масло, г	—	—	—	—	—	4	4	5	5	6

**Примітки.**

\* Залежно від стану здоров'я дитини і ступеня адаптації її до використання в харчуванні замітника жіночого молока.

\*\* Пюре вводять через 2 тиж після введення соку.

Усі дози розраховано на добу.

## Терміни введення підгодовування

1-ше підгодовування — 5 міс — 5—10 % овочеve пюре.

2-ге підгодовування — 6 міс — 5—10 % каші (вівсяна, гречана).

3-тє підгодовування — 7 міс — бульйон і м'ясо (бульйон лише з м'якоти; м'ясо 2 рази пропущене через м'ясорубку).

З 3—4 міс — 5—40 мл свіжого соку.

З 5—6 міс — масло.

З 6 міс — фруктове пюре, сир, 1/8 ячного жовтка.

З 7—8 міс — сухарики, пшеничний хліб.

## Правила підгодовування

Посуд має бути індивідуальний і стерильний. Підгодовування уводять, починаючи з 1—2 чайних ложок перед годуванням, щодня збільшуючи об'єм підгодовування на 1—2 чайні ложки. Таким чином доводять об'єм підгодовування до об'єму, що дорівнює одному годуванню (приблизно протягом 2 тиж).

## Роль сімейної медсестри у профілактиці рахіту в дітей

### Причини виникнення рахіту

*Рахіт* — це порушення обміну речовин, пов'язане з дефіцитом в організмі вітаміну D екзогенного або ендогенного походження.

Рахіт реєструють у дітей раннього віку за різними даними від 20 до 80 %.

Серед різних форм вітаміну D виділяють:

✓ D<sub>3</sub> (холекальциферол);

✓ D<sub>2</sub> (ергокальциферол);

✓ D<sub>1</sub> (суміш ергокальциферолу та інших стеролів).

Вітамін D надходить до організму з їжею (D<sub>2</sub> — із продуктів рослинного походження і D<sub>3</sub> — із продуктів тваринного похо-

дження), а також утворюється в шкірі під впливом сонячного або штучного (ультрафіолетового) опромінення дитини ( $D_3$ ). Головна функція вітаміну D — регуляція обміну фосфору і кальцію. Всмоктується кальциферол у тонкій кишці за участю жовчі. В обміні вітаміну D беруть участь печінка, нирки. У нирках утворюється найактивніша форма кальциферолу. Його синтез регулюється його ж умістом у крові, рівнем фосфору і кальцію (пригнічують синтез), а також рівнем паратгормону (стимулює синтез). Депонується в жировій і м'язовій тканині (схема 8).

Клініка зумовлена порушенням фосфорно-кальцієвого обміну, що призводить насамперед до змін у нервовій системі, а потім до деформації кісткової тканини.

У дитини з'являється підвищене потовиділення. Як відповідь на це виникають ротаційні рухи голови (з одного боку в інший), що призводить до облісіння потилиці. Сон стає поверхневим, маля часто вередує.

У кістковій тканині:

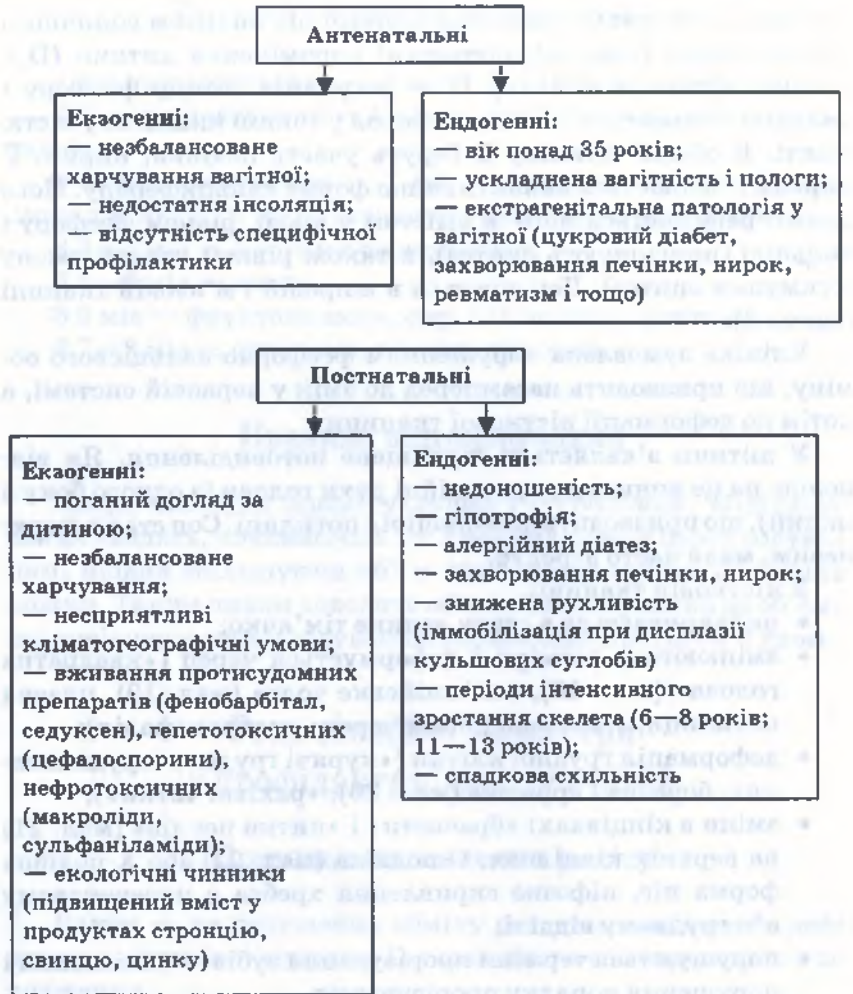
- не закривається в строк велике тім'ячко;
- змінюються розміри і деформується череп («квадратна голова» (мал. 18), «олімпійське чоло» (мал. 19), пласка потилиця, «баштоподібний череп», макроцефалія);
- деформація грудної клітки («курячі груди», «груди шевця», борозна Гаррісона (мал. 20), «рахітні чотки»);
- зміни в кінцівках: «браслети» і «нитки перлів» (мал. 21) на верхніх кінцівках, O-подібна (мал. 22) або X-подібна форма ніг, кіфозне скривлення хребта в поперековому або грудному відділі;
- порушуються терміни прорізування зубів — запізнення і порушення порядку прорізування.

При легкому перебігу рахіту відзначають порушення у вегетативній нервовій системі без виражених змін у кістках, без залишкових явищ після одужання.

При середньотяжкому перебігу — чітко виражені зміни в нервовій системі, кістках, м'язах, внутрішніх органах.

При тяжкому перебігу виявляють значні зміни у всіх органах і системах.

Загальноклінічне обстеження включає визначення вмісту кальцію, фосфору, основної фосфатази, рентгенологічне обсте-



*Схема 8.* Чинники ризику виникнення і прогресування рахіту  
ження кісток. Проводять консультації невропатолога, хірурга,  
стоматолога.

Лікування рахіту проводять при легкому і середньотяжкому перебігу в амбулаторних умовах, при тяжкому — в умовах дитячої лікарні, а потім амбулаторно.

Діти, які перехворіли на рахіт, стоять на диспансерному обліку на дільниці сімейної медицини. Залежно від ступеня тяж-



Мал. 18. «Квадратна голова»



Мал. 19. «Олімпійське чоло»



Мал. 20. Борозна  
Гаррісона,  
«жаб'ячий живіт»



Мал. 21. «Браслети»,  
«нитки перлів»



Мал. 22. О-подібна  
форма нижніх  
кінцівок

кості перенесеного захворювання їх записують у III, IV, V групи здоров'я. Огляд сімейного лікаря рекомендовано 1 раз на місяць, консультації фахівців за показаннями.

*Профілактика.*

*Аntenатальну* профілактику рахіту починають у перші 12 тиж вагітності.

Під час першого патронажу сімейна медсестра повинна з'ясувати перебіг вагітності, наявність екстрагенітальних захворювань, рахіту в родині, професійні шкідливості. Перевірити наявність шкідливих звичок, дотримання санітарно-гігієнічних норм, перебування на свіжому повітрі.

У разі фізіологічної вагітності, починаючи із 7 міс вагітності, призначають по 500—1000 МО холекальциферолу протягом 6 міс, а за наявності чинників ризику рахіту дозу вітаміну збільшують до 1000—2000 МО.

Вагітній рекомендують продукти, що містять кальцій (молочні, усі види капусти — зелена, китайська, броколі, за показаннями — препарати кальцію в поєднанні з вітаміном D — нікомед, калтрейт).

*Постнатальна профілактика.* Специфічну профілактику проводять здоровим дітям з 1-го місяця по 500 ОД на добу олійного або водного розчину всередину протягом першого року життя. Є схеми, за якими з 5-місячного віку за потреби вводять ударні дози 200 000 ОД внутрішньом'язово 1 раз на 5—6 міс.

Між уведеннями вітаміну D<sub>3</sub> дитині можна призначити курси ультрафіолетового опромінення (20—25 сеансів), препарати кальцію (7—10 днів). Добрий ефект дає гімнастика і загальний масаж (див. мал. 3—17).

Не радять одночасно призначати препарати кальцію, вітамін D<sub>3</sub> і УФО, оскільки це може призвести до передозування.

*Ознаки гіпервітамінозу D:* слабкість, головний біль, зниження апетиту, припинення зростання, підвищення маси тіла, нудота, блювання, судоми, прискорене сечовипускання, зневоднення. Для підтвердження діагнозу досліджують кальцій і фосфор крові. Характерні гіперкальціємія і зниження вмісту фосфору. Велику небезпеку несе передозування вітаміну D під час вагітності: можливий викидень; у народжених дітей спос-

теріають аномалії лицьового скелета і зубів, відставання в психомоторному розвитку, вади аортального клапана.

Потреба в цьому жиророзчинному вітаміні зберігається протягом усього життя людини. Завдання сімейної медсестри полягає в проведенні заходів таким чином, щоб запобігти як його дефіциту в організмі, так і надлишку.

### *Тести*

**1. Виберіть методи специфічної профілактики інфекційних захворювань:**

- а) санітарно-гігієнічні заходи;
- б) стимуляція захисних сил організму;
- в) соціальні заходи;
- г) ветеринарні заходи;
- ґ) вакцинація населення.

**2. Вакцинацію туберкульозу проводять:**

- а) у перший день після пологів;
- б) перед виписуванням з пологового будинку;
- в) у 3 міс;
- г) у 7 років;
- ґ) у 14 років.

**3. Дитині з діагнозом СНІД:**

- а) вакцинацію не проводять;
- б) вакцинацію проводять;
- в) не вводять вакцини проти поліомієліту;
- г) не вводять вакцини проти туберкульозу;
- ґ) все неправильно.

**4. Протипоказання для введення вакцин:**

- а) епілепсія;
- б) гідроцефалія;
- в) анемія;
- г) алергія на попереднє щеплення;
- ґ) усе перелічене.

**5. Запис про проведення щеплення роблять:**

- а) у картці профілактичних щеплень;
- б) у картці імунізації;
- в) в історії розвитку дитини;
- г) в усіх перелічених вище документах;
- г) в інших документах.

**6. Постнатальна профілактика рахіту включає:**

- а) прийом вагітною вітаміну D;
- б) відмову вагітної від шкідливих звичок;
- в) призначення дитині вітаміну D;
- г) призначення вагітній препаратів кальцію;
- г) перебування вагітної на свіжому повітрі.

**7. Ознаки рахіту в перші два місяці:**

- а) занепокоєння, пітливість, облісіння потилиці;
- б) кілеподібна грудна клітка;
- в) O- і X-подібні кінцівки;
- г) деформовані кістки таза;
- г) рахітичні «чотки».

**8. До антенатальних ендогенних чинників ризику відносять:**

- а) вік матері до 18 або після 35 років;
- б) шкідливості на виробництві;
- в) незбалансоване харчування вагітної;
- г) шкідливі звички у вагітної;
- г) низький рівень життя родини.

**9. Для виявлення гіпотрофії проводять:**

- а) зважування дитини;
- б) вимірювання зросту;
- в) вимірювання обводу голови, грудної клітки;
- г) оцінку тургору шкіри;
- г) усе, перелічене вище.

**10. Дефіцит маси тіла дитини 21—30 % називають:**

- а) нормою;
- б) гіпотрофією I ступеня;

- в) гіпотрофією II ступеня;
- г) гіпотрофією III ступеня;
- г) гіпотрофією IV ступеня.

#### Еталони відповідей на тести

- 1 — г; 2 — б; 3 — а; 4 — г; 5 — г; 6 — г; 7 — а; 8 — а; 9 — г;  
10 — в.

### Ситуаційні задачі

1. На прийом до сімейної медсестри для контролю маси тіла з'явилася мати з немовлям. Дитині 2 міс. Маса тіла при народженні — 3400 г. При зважуванні дитини отримано результат 4900 г. Дитина на грудному вигодовуванні. Чи достатньо молока отримує дитина?

2. При активному відвідуванні вдома дитини 3 міс з неблагополучної родини (мати вживає алкоголь) сімейна медсестра виявила: дитина неспокійна, плаче, її шкірні покриви сухі, блідо-сірі. Тургор тканин знижений. Під час огляду: блювання, дихання поверхневе, тони серця приглушені. Зі слів матері, випорожнення не змінені. Які дії сімейної медсестри?

3. На консультацію прийшла жінка. Запитує, скільки повинна додати дитина у масі тіла за 5 міс?

4. На прийомі — мати з дитиною 1,5 міс. Скаржиться, що дитина стала неспокійною, пітніє. Апетит збережений. Маса тіла набирає відповідно до віку. Під час огляду: облісіння потиличної ділянки, розм'якшення кісток черепа. Який попередній діагноз? Які дії медсестри?

5. На консультацію прийшла мати з дитиною віком 1,5 року. У дитини діагностовано ВІЛ-інфекцію. Клінічні ознаки відсутні. Чи можна дитині проводити вакцинацію?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Відповідно до таблиць збільшення маси тіла за 2 міс дитина повинна додати  $600 + 800 \text{ г} = 1400 \text{ г}$ . Маса тіла, що має бути:  $3400 + 1400 = 4800 \text{ г}$ . Отже, причин для занепокоєння у матері немає.

2. Не можна виключити гіпотрофію III ступеня тяжкості. Терміново викликати сімейного лікаря для вирішення питання про госпіталізацію дитини.

3. Вираховуємо за формулою:  $800 - 50n = 800 - 50 \cdot 5 = 550 \text{ г}$ .

4. Найвні ознаки рахіту. Повідомити лікареві, контролювати виконання призначеного лікарем лікування (вживання препаратів вітаміну D), навчити матір проводити загальний масаж (див. мал. 2—16).

5. Так. Проводити за календарем, але живу вакцину проти поліомієліту замінити на інактивовану поліомієлітну вакцину. За 1—2 тиж до вакцинації призначити полівітаміни, що містять вітамін А.

Патронаж медсестрою проводити на 3—4-й 10—11-й дні після вакцинації.

---

## РОБОТА СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ З ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

Поняття «здоров'я» за визначенням ВООЗ включає три складники. На прийом до сімейного лікаря пацієнти приносять свою проблему зі здоров'ям як соматичну. Завдання працівників сімейної медицини полягає у виявленні можливих психологічних і соціальних аспектів соматичної проблеми. Якщо зосередитися лише на соматичних проблемах і не зважати на психосоціальні, виникає високий ризик непотрібного медичного втручання. З іншого боку, переоцінка психосоціальних аспектів може призвести до того, що не звертатимуть уваги на соматичні захворювання. Особливо це стосується медичних працівників загальної практики, коли первинний медичний діагноз установити неможливо.

Життєві спостереження здавна засвідчують вплив психіки на вісцеральну сферу і навпаки — залежність психіки від стану внутрішніх органів. Висловлення «серце співає», «серце радісно підстрибнуло в грудях», «серце затремтіло від страху» віддзеркалюють характер емоційних переживань. Взаємну залежність психіки і вісцеральної сфери можна зафіксувати через клінічні явища.

### Психосоматичні захворювання

Це хвороби, у виникненні яких психосоматичний чинник відіграє не меншу роль, ніж фізичний.

30—50 % пацієнтів, що звертаються із соматичними скаргами, страждають на психосоматичні порушення.

Причини цих розладів:

- хронічний стрес;

- нагромадження негативних емоцій (гнів, напруженість, пригніченість, тривога тощо);
- події, що порушують наше звичне життя або загрожують йому (смерть близьких, великі неприємності на роботі, розлад у родині тощо);
- риси особистості, що не дають змоги виявляти емоції (рухами, криком, бійкою, лайкою) і «розряджатися».

До психосоматичних захворювань належать гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця та багато інших.

Наведемо такий приклад. Страх смерті під час нападу стенокардії можна пояснити як психогенний симптом, оскільки хворий усвідомлює, наскільки життєво важливим органом є серце, і тому відчуває страх. Надалі страх, зумовлений нападом стенокардії, сам спричинює ці напади.

Дослідження засвідчують, що хвороба може викликати «психічний резонанс» сама по собі, незалежно від ймовірних раніше розладів у нервово-психічній сфері. Тобто ті або інші зміни психіки зумовлені соматичними зрушеннями і тільки ними. І.М. Сеченов свого часу помітив: «Людина, яка страждає на хворобу шлунка, повинна мати власну психологію».

Варто зауважити ще один істотний момент — відмінне ставлення людей до своєї недуги. Хвороба суб'єктивно сприймається по-різному. Наприклад, звичайний бронхіт ніяк не відбивається на психіці однієї людини, інша вважає себе тяжко хворою, постійно думає про це, відчуває тривогу, втрачаючи сон. У третьому випадку розвиваються неврозоподібні стани. Клініка неврозоподібних розладів при різних соматичних недугах специфічна. Так, при патології травного каналу спостерігається переважно пригніченість, сонливість. Серцево-судинні захворювання найчастіше супроводжуються тривогою, страхом, занепокоєнням. При захворюваннях печінки хворі часто стають запальними, дратівливими, гнівливими. При захворюваннях нирок розвиваються астеничні стани з неухильною, підвищеною стомлюваністю, зниженням пам'яті, уваги.

Коли людина зміни, що з'являються, відчуває не лише в організмі, а й усвідомлює сам факт хвороби, змінюється її поведінка. Це відбувається по-різному. Одні заглиблюються в себе, свої переживання, іншим необхідно постійно обговорюва-

ти свій стан з кимось. Одні нічого не хочуть чути про своє захворювання, інші постійно копирсаються в медичній літературі, відвідують лекції. Одні прагнуть до контакту з медичними працівниками, скрупульозно виконують призначення, інші — змінюють лікарів, вимагають авторитетних консультацій, модних ліків і методів лікування.

Хворі з адекватним ставленням до свого захворювання і тверезою оцінкою трапляються нечасто. Здебільшого доводиться мати справу з неадекватною (неврозоподібною) реакцією особистості на хворобу.

## Неврозоподібні реакції особистості на хворобу

Психологи виділяють кілька типів реагування:

- астеничний;
- депресивний;
- іпохондричний;
- анозогнозичний.

За *астеничного типу* привертають увагу симптоми дратівливої слабкості: підвищена стомлюваність, виснаженість, млявість, зниження активності, емоційна нестійкість. У разі найменшої невдачі швидко зневіряються в лікуванні, одужанні. У цих людей підвищений поріг чутливості до неприємних фізичних відчуттів. Медичні працівники і члени родини повинні виявляти терплячість до таких людей, не робити зайвих зауважень, не висувати непомірних вимог.

Восіб з *депресивним типом* при виникненні перших ознак захворювання виникає відчуття тривоги, пригнічений настрій, туга. Вони бачать усе в похмурих тонах, що провокує ускладнення і несприятливий прогноз хвороби.

За *іпохондричного типу* реагування людина постійно «живе у хворобі». Її увага цілком і повністю прикута до симптомів захворювання, особа перебільшує їхню значущість, прагне знайти нові симптоми, не може перемкнутися ні на що інше. Дуже яскраво особливості іпохондричної реакції на хворобу описані в одному із оповідань Вікторії Токаревої: «Алевтина повністю була поневолена своєю хворобою і говорила лише про жовчний міхур. Вона була заглиблена також у своє дихання,

травлення і, ковтаючи черговий шматок суперпродукту, поринала разом зі шматком у свій стравохід, потім допливала до шлунка і чула, як там починають діяти шлункові соки, а шматок обробляється і перетравлюється, крутячись, як кофтина в барабані сухої хімчистки. І вираз обличчя в Алевтини ставав утробним. Усі її помисли і прагнення спрямовувалися лише на те, щоб підтримувати і забезпечувати свій життєвий процес».

У цих пацієнтів відзначається постійне відчуття настороженості, вони вважають свій стан тяжким. Часто після поліпшення фізичного стану залишаються колишні відчуття: поколювання, оніміння, біль.

*Анозогнозичне ставлення* до хвороби характеризується легковажною зневагою до помічених змін в організмі. Такі хворі прагнуть відкинути думки про помічене захворювання, ігнорують поради медичних працівників доти, доки захворювання не набуде серйозного характеру. Вони часто міркують так: «Може все мине саме собою». Це утруднює своєчасне виявлення захворювання.

Отже, наявність соматогенного захворювання зумовлює певне ставлення до нього. У кожному випадку це ставлення має свої особливості і залежить від типу особистісного реагування.

Крім того, кожна людина має певний соціальний статус — положення у суспільстві, родині, колективі. У кожному колективі є різні люди. Умовно їх можна розподілити на дві групи: ті, що мають суспільний статус, і ті, про кого говорять: «як щось йому доручати, краще самому зробити». За спостереженнями, люди з другої групи частіше акцентують увагу на собі, своєму здоров'ї, оскільки звикли остерігатися всіляких переважань і, попри все, насамперед дбати про своє здоров'я.

## «Приховані» неврози

З усіх форм неврозів найпоширеніші неврастенія та істерія.

Для *неврастенії* характерні різка збудливість і підвищена виснаженість. Звичайні події і явища викликають негативну реакцію, будь-яке зауваження призводить до роздратування.

Підвищується чутливість не тільки до зовнішніх подразників, а й до відчуттів, що йдуть зсередини. Розвивається захворювання поступово, з'являються симптоми, які розцінюють як загальну фізичну втомлюваність. В одних випадках у клініці переважають симптоми підвищеної дратівливості і збудливості (запальність, нестриманість, виплескування емоцій назовні), в інших — процеси виснаженості (хворий постійно відчуває неймовірну втомлюваність, усе валиться з рук, увага швидко виснажується). Характерні порушення у вегетативній системі, з'являються різного роду соматичні зміни.

У барвистих тонах описує цей різновид функціональних розладів в одній зі своїх новел Анатоль Франс: «Хвороба безупинно видозмінюється, приймаючи найдивніші, найгрізніші форми: то це яструб шлункової виразки, то — змії запалення нирок, то вона раптово виявить жовтий лик розлиття жовчі, то — рум'яні щоки сухот, то судомно вчепиться страшною долонею ядухи... вона ознака всіх хвороб, що загрожують людському тілу».

Соматичні прояви *істерії* вкрай різноманітні. Одна людина б'ється в нападі, інша — ледве пересувається, у неї не діють ліва рука і нога. У третьої — напад задихки, клубок у горлі, що заважає ковтати. Четверта — розбита паралічем. П'ята — не може говорити. В усіх випадках ми маємо справу з тим самим захворюванням — істерією. Для цих пацієнтів той або інший розлад має певну бажаність, оскільки дає змогу знайти вихід зі створеного конфлікту.

## Лікування психосоматичних розладів

Результат проведеного лікування залежатиме від характеру стосунків хворого і працівників сімейної медицини. Довірчі стосунки допоможуть якнайраніше виявити фізичну недугу хворого, з'ясувати її причини, наслідки захворювання. Співробітництво під час обговорення методів лікування сприятиме підвищенню ефективності лікування.

Місія сімейної медсестри полягає в тому, що вона допомагає хворому і родині досягти фізичного, розумового і соціального здоров'я в тих умовах, в яких вони живуть і працюють.

Медсестра повинна спланувати догляд у період хвороби, навчити членів родини елементів догляду, спонукати пацієнта до самообслуговування, допомагати йому зберегти незалежність і самостійність. Загальна мета лікувальних заходів — відновити адекватну реакцію на реальність, здатність пацієнта регулювати свою поведінку.

Часто пацієнти, які не знайшли допомоги в боротьбі з психосоматичними проблемами, занепадають духом, опускають руки, зневірюються, відмовляються з'являтися серед людей, виникає загроза їхньої повної ізоляції. У такий період людина має схильність вживати алкоголь, наркотики, робити суїцидальні спроби.

Лікування включає:

- методи психотерапії;
- медикаментозні методи;
- методи соціотерапевтичного впливу, спрямовані на соціально-психологічну адаптацію.

Методи *психотерапії* дуже різноманітні:

1) методи особистісно орієнтованої психотерапії:

— індивідуальна (заснована на взаємодії особистостей медичного працівника і хворого);

— групова;

— сімейна (спрямована на зміну родинних стосунків, що впливають на виникнення захворювання);

— раціональна (заснована на логічному переконанні хворого, навчанні його правильного мислення);

2) методи сугестивної психотерапії: викликання в стані неспання гіпнотичного або наркотичного сну, самонавіювання за Куе (перед засинанням або пробудженням), автогенне тренування тощо;

3) інші види:

— музикотерапія;

— бібліотерапія;

— імаготерапія;

— арт-терапія.

До методів, які може використати сімейна медицина, належать особистісно орієнтована індивідуальна психотерапія і раціональна психотерапія, що вивчають особистість хворого, щоб разом із ним виявити психологічні механізми виникнення

хворобливих станів і щоб хворий усвідомив сформовану ситуацію. На цьому підґрунті за допомогою логічного переконання і навчання стає можливим пошук шляхів розв'язання ситуацій, що травмують психіку хворого.

## Медикаментозне лікування

Під час лікування хворих із психосоматичними розладами в загальномедичній практиці найбільшу ефективність серед психофармакологічних препаратів мають транквілізатори й антидепресанти, але нерідко застосовують психостимулятори, ноотропи, нейролептики. Іноді до них додають седативні препарати (бромкамфора, настойка кропиви собачої) або стимулювальні препарати рослинного походження (настойка женьшею, лимонника, елеутерокока та ін.).

**Транквілізатори** справляють протитривожну, заспокійливу, міорелаксувальну, вегетостабілізувальну і снодійну дію:

- діазепам (седуксен, сибазон, реланіум) — таблетки 0,005 (5 мг), ампули по 2 мл 0,5 % розчину;
- мезапам — таблетки по 10 мг. Разова доза — 10 мг, добова — 20—30 мг;
- альпрозалам: таблетки по 0,25; 0,5 мг. Разова доза — 0,25—0,5 мг, добова — 1—2 мг.

**Антидепресанти** впливають на патологічно знижений настрій, депресію:

- азафен — таблетки по 25 мг, разова доза — 25—50 мг, добова — 100—200 мг;
- амітриптилін — таблетки по 25 мг, ампули по 2 мл 1 % розчину. Можна застосовувати перорально і внутрішньом'язово. Разова доза — 12,5—25 мг, добова — 100—150 мг.

**Ноотропні препарати** стимулюють інтелектуальну діяльність, поліпшують пам'ять, підвищують стійкість клітин мозку до ушкоджувальних чинників:

- пірацетам (ноотропіл) — капсули по 0,4 г, таблетки по 0,2 г, ампули по 5 мл 20 % розчину. Разова доза — 0,4—1,2 г, добова — 2,4—3,2 г;

- ацефен — таблетки по 0,1 г. Добова доза — 0,4—0,8 г. Вживати вранці і вдень;
- пантогам — таблетки по 0,25 і 0,5 г. Разова доза — 0,25—0,5 г; добова — 1,5—3 г.

**Психостимулятори** активізують психічну і фізичну діяльність, підвищують фізичну витривалість, темп інтелектуальної діяльності:

- сиднокарб — таблетки по 0,005; 0,01 і 0,025 г. Разова доза — 5 мг, середньодобова — 10—12 мг.

**Нейролептики** виявляють антипсихотичну активність, усувають психомоторне збудження, впливають на галюцинаторно-маячні розлади:

- галоперидол — таблетки по 1,5 і 5 мг, ампули по 1 мл 0,5 % розчину. Разова доза 1—2 мг, добова — 15—30 мг.

## Дії сімейної медсестри з профілактики психосоматичних розладів

- Усунути чинники, що ослаблюють нервову систему (надмірне і тривале перенапруження, відсутність чергування праці і відпочинку). Тут допоможуть рекомендації із занять фізичною культурою, боротьба з гіпокінезією.
- Відмовитися від шкідливих звичок.
- Упорядкувати режим харчування.
- Навчитися пригнічувати в собі негативні емоції, добрий ефект дають усілякі зміни: виду роботи, об'єкта спілкування, форми дозвілля.
- Навчити родину створювати для людини певний клімат. Не журитися, зайвий раз не співчувати, а всіляко відволікати.
- В одних випадках виявити суворість, закликати до терпіння, витримки, вміння володіти собою, навести приклади з життя, літератури, в інших — обмежитися розумною порадою без сентиментів і жалю.
- Навчити пацієнта згадувати події, пов'язані з пережитими радісними емоціями, приємні зустрічі, відпочинок, свята. Частіше посміхатися.

- Навчити пацієнта елементів автогенного тренування, що дає змогу контролювати свої емоції, знімати невротичні симптоми (внутрішнє напруження, тривогу, дратівливість тощо). Автогенне тренування, власне, і покликане допомогти людині опанувати здатність контролювати прояви вегетативної нервової системи й методом самонавіювання вплинути на емоційні реакції. Воно дає змогу виробити навички вільно володіти мимовільними процесами — тілесними і духовними. Адже ми можемо управляти лише тими явищами, що підпорядковані нашій волі (ходьба, їжа, читання тощо). Однак відразу не вийде змусити серце битися частіше або вмить відігнати поганий настрій, хоча ці навички можна здобути.

Насамперед треба навчитися за допомогою спеціальних вправ поринати в такий стан розслабленості, в якому мимовільні процеси, що відбуваються в нашому організмі, набагато податливіші до самонавіювання, ніж у період неспанья. Для цього дуже важливо виробити спеціальну позу, в якій найкраще занурювати себе в «перемикання». Ця поза називається «кучер»: ви сидите на стільці, розставивши коліна і поклавши передпліччя на стегна так, щоб кисті рук звисувались, не торкаючись одна одної. Корпус не повинен сильно нахилитися вперед, він ніби «висить» на хребті, спина не торкається спинки сидіння. Усе тіло розслаблене, голова опущена на груди, очі заплющені.

У цьому і полягає вступне заняття — оволодіти описаною позою. Її відпрацьовують протягом тижня, тричі на день, у той самий час. Тренування тривають по 5—10 хв. Відпрацювати позу — це означає автоматично її приймати, а надалі виходити з неї у звичайний стан.

На *першому* занятті головну увагу приділяють певній вправі — викликають відчуття ваги. Потрібно прийняти вже знайому позу і повторювати про себе: «Моя права (ліва) рука важка». Зробити це 6 разів і після цього вимовити: «Я зовсім спокійний». Займаючись вдома самостійно тричі на день (по 3—5 хв), потрібно за тиждень навчитися викликати відчуття ваги в усьому тілі.

На *другому* занятті навчаються вміння викликати відчуття тепла. Ця вправа «нашаровується» на попередню. Відчувши

важкість тіла, ви «додаєте» у праву (ліву) руку ще і тепло («Мої руки, ноги, усе тіло важкі, я зовсім спокійний, моя права рука важка і тепла»; фразу «Я зовсім спокійний» вимовляють 1 раз, усе інше — 6 разів).

Третє заняття присвячене регуляції діяльності серця. Для стану перемикання важливо відчутти удари свого серця, додати пасивне зосередження на серцевому ритмі до фіксації уваги на відчутті ваги і тепла. Формули мають такий вигляд: «Мої руки, ноги, усе тіло важкі і теплі; серце б'ється рівно і спокійно». Її треба повторити 6 разів і «Я зовсім спокійний» — 1 раз.

На четвертому занятті виробляється здатність управляти диханням. Завдання — пасивно сконцентруватися на дихальних рухах, налаштуватися на них, у жодному разі «не натискаючи» на дихальну діяльність довільно. Формули: «Мої руки, ноги, усе тіло важкі і теплі; серце б'ється спокійно; дихання рівне» (6 разів) і «Я зовсім спокійний» (1 раз).

Мета п'ятого заняття — навчитися контролювати роботу органів черевної порожнини. Зробивши описані 4 вправи, потрібно пасивно зосередитися на черевному сплетенні, уявляючи його посередині між пупком і мечоподібним відростком груднини — у верхній половині черевної порожнини. Формула: «Мої руки, ноги, усе тіло важкі і теплі; серце б'ється спокійно й рівно; дихання рівне; у черевному сплетенні розливається тепло» (6 разів) і «Я зовсім спокійний» (1 раз). Поступово виникає відчуття прогрівання і розслаблення органів черевної порожнини.

Шосте заняття присвячують регуляції судин голови. Потрібно викликати в себе відчуття прохолоди в лобній ділянці, подібне до дії легкого прохолодного вітерцю. Формула: «Мої руки, ноги, усе тіло важкі і теплі; серце б'ється рівно і спокійно; дихання спокійне; у черевному сплетенні розливається тепло; лоб приємно прохолодний» (повторити 6 разів) і «Я зовсім спокійний» (1 раз).

Ці 6 вправ, за допомогою яких досягають стану перемикання, є початковою стадією автогенного тренування. Після вироблення достатніх навичок у зазначених вправах можна переходити до сеансів, спрямованих безпосередньо на ліквідацію неприємного емоційного стану. Так, варто навіяти собі, що ви не відчуваєте тривоги, напруження, занепокоєння, скутості,

болю або дискомфорту в тому чи іншому внутрішньому органі. І ці явища під час занять справді поступово зменшуються, а згодом і зовсім зникають. Автогенне тренування допомагає повністю нормалізувати нервово-психічний стан.

## Приклади психологічних проблем у соматичних хворих

1. Емоційні проблеми:
  - депресія;
  - ейфорія;
  - агресивність;
  - страх (фобія);
  - байдужість (апатія);
  - афект.
2. Порушення уваги:
  - неуважність;
  - зацикленість.
3. Порушення пам'яті:
  - зниження;
  - патологічна брехливість.
4. Порушення мислення:
  - непослідовність;
  - нав'язливі ідеї;
  - маячні ідеї;
  - суїцидальні думки;
  - прискорене мислення;
  - уповільнене мислення.
5. Зниження інтелекту.
6. Зміна волі:
  - патологічний потяг;
  - відсутність волі;
  - неадекватність поведінки.
7. Розлад мови:
  - відмова від мовного спілкування.
8. Ставлення до хвороби:
  - відсутність знань про хворобу;

- дефіцит знань про внутрішню картину хвороби;
- неадекватне сприймання хвороби;
- відсутність адаптації до хвороби.

### *Тести*

**1. Етіологічні чинники психосоматичних захворювань:**

- а) фізичні і хімічні;
- б) бактеріальні;
- в) психологічні;
- г) психологічні і фізичні;
- г) шкідливі звички.

**2. Пацієнт страждає на хронічне захворювання нирок. Крім цього, зауважує дратівливість, стомлюваність, зниження активності, емоційну лабільність. Подібна реакція особистості на хворобу називається:**

- а) неврозоподібною;
- б) астеничною;
- в) іпохондричною;
- г) депресивною;
- г) анозогнозичною.

**3. Іпохондричний тип реакції на хворобу характеризують такі симптоми:**

- а) дратівлива слабкість;
- б) туга, відчуття тривоги;
- в) занурення у хворобу;
- г) легковажне зневажання симптомів хвороби;
- г) все неправильно.

**4. До методів психотерапії належать:**

- а) автогенне тренування;
- б) арт-терапія;
- в) гіпноз;
- г) раціональна психотерапія;
- г) усе, перелічене вище.

### Еталони відповідей на тести

1 — г; 2 — б; 3 — в; 4 — г.

### Ситуаційні задачі

1. Медична сестра відвідала диспансерного пацієнта. У чоловіка віком 42 роки, поміркованого, вразливого, виявлено хронічний анацидний гастрит. Призначено активну терапію. Тяжко переживав наявність фізичної недуги. Поступово з'явилися дратівливість, запальність, напади безпричинного гніву. Одного разу почув, що анацидний гастрит часто переходить у рак. З'явився біль у шлунку, нудота, сумніви: «Може, у мене рак?», «Тепер я приречений». Як називається реакція на хворобу в цього пацієнта? Які дії сімейної медсестри?

2. До сімейної медсестри звернулася жінка за порадою. У її 42-річного сина періодично з'являється біль у надчеревній ділянці, нудота, упродовж останніх місяців він схуд на 4 кг. Вона неодноразово намагалася привести його на консультацію до сімейного лікаря, але син відповідав: «Я ще молодий, усе минеться». Як називається подібна реакція на хворобу? Чим небезпечна така реакція? Які дії сімейної медсестри?

### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Іпохондрична реакція. Направити на прийом до сімейного лікаря. Можливо, пацієнтові в подальшому знадобиться допомога психотерапевта.

2. Анозогнозична. Заважає вчасно виявити захворювання і пролікувати його. Сімейна медсестра повинна переконати хворого проконсультуватися в сімейного лікаря, обов'язково в найближчі дні пройти фіброгастроскопію, щоб встановити діагноз і визначити тактику ведення цього пацієнта.

---

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ВІЛ/СНІД

### Епідеміологія ВІЛ-інфекції. Клініка

У світі вже 50 млн осіб уражені ВІЛ-інфекцією. 16 000 осіб інфікується щодня (кожні 4 хв реєструють хворого на СНІД, кожні 15 с — ВІЛ-інфікованого). Із загальної кількості ВІЛ-інфікованих понад 16 млн померли (серед них 4,5 млн — діти до 15 років).

В Україні ВІЛ-інфекцію реєструють уже друге десятиліття, за темпами росту ВІЛ-інфекції Україна посідає перше місце в Європі, поширеність вірусу має неконтрольований характер.

В Україні офіційно зареєстровано 104 645 ВІЛ-інфікованих. Кількість хворих на СНІД — 17 851, з них померло 9983. За оцінкою національних міжнародних експертів ВІЛ-інфіковано 1,4 % дорослого населення. Серед ВІЛ-інфікованих 42 % жінок. 90 % ВІЛ-інфікованих це молоді люди віком від 15 до 49 років. 60 % усіх пацієнтів становлять особи, які вживають ін'єкційні наркотики.

Відповіддю на таку ситуацію в Україні став Указ Президента № 1674 від 30.12.2005 р. «Про вдосконалення державного управління в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні».

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) належить до сімейства РНК-умісних ретровірусів. Життєздатність ВІЛ поза організмом людини невисока. Потрапляючи в навколишнє середовище, вірус гине через кілька хвилин. Це підтверджується тим, що не зареєстровано жодного випадку побутового зараження на ВІЛ-інфекцію. Найдовше вірус зберігає свою життєздатність у шприцах, широких порожніх голках й інструментах із рештками крові.

У 95 % осіб інфіковані антитіла до ВІЛ з'являються протягом трьох місяців після зараження і їх можна виявити методом імуноферментного аналізу. На ранніх стадіях, коли ще не утворилося достатньої кількості антитіл для їх виявлення, антигени вірусу можна визначати методом полімеразної ланцюгової реакції.

#### **Шляхи передачі ВІЛ:**

- статевий;
- парентеральний;
- вертикальний (від матері до дитини під час вагітності, пологів, грудного вигодовування).

У достатній для інфікування кількості вірус перебуває в крові, сім'яній рідині, піхвовому секреті, грудному молоці. Виділення з носової частини глотки, піт, сльози, сеча, блювотні маси і фекалії мають низьку концентрацію ВІЛ, відтак ці виділення небезпечні лише в тому разі, якщо вони містять кров.

#### **ВІЛ не передається:**

- під час кашлю, чхання;
- під час рукостискання, обіймів;
- при використанні загального посуду;
- при спільному користуванні ванною, туалетом;
- при спільних заняттях спортом;
- при укусах комах.

30 % зараження ВІЛ в Україні відбувається під час сексуальних контактів.

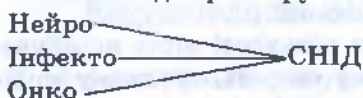
**ВІЛ-інфіковані** — це особи, в організмі яких виявлено ВІЛ-інфекцію. До ВІЛ-інфікованих належать особи без клінічних проявів (носії ВІЛ-інфекції) і хворі на СНІД. СНІД — це термінальна стадія.

#### **Клініка (класифікація ВООЗ)**

Інкубаційний період триває від 2—3 тиж до 3 міс (в окремих випадках — до 1 року). Стадія гострого захворювання супроводжується підвищенням температури, лімфаденопатією, збільшенням печінки і селезінки, диспепсичними явищами. У цій стадії пацієнт може інфікувати інших під час незахищеного статевого контакту або через кров. Триває стадія 1—6 тиж (іноді кілька місяців). Стадія безсимптомного носійства триває від 2 до 10 років. Гострих проявів немає. У крові визначають антитіла до ВІЛ. Ця стадія може переходити в стадію ПГЛ або

СНІД-АК, СНІД (див. нижче). *Стадія ПГЛ* (персистувальної генералізованої лімфаденопатії). Її єдина ознака — генералізована лімфаденопатія. Лімфатичні вузли можуть зменшуватися і знову збільшуватися. *Стадія СНІД-АК* (СНІД-асоційований комплекс). Характерна діарея, гарячка, прогресивна спленомегалія, втрата маси тіла, приєднуються інфекції: герпес, висипки на слизовій оболонці рота, дерматити, паротити і т. ін. *Стадія СНІД*. На перший план виступає картина приєднаної інфекції і/або пухлини.

Залежно від характеру клінічних проявів розрізняють



## Дії сімейної медсестри в родині, в якій проживають ВІЛ-інфіковані

Яким чином створити умови в родині, щоб спокійно жити пліч-о-пліч з ВІЛ-інфікованим, не боячись заразитися? Сімейна медсестра повинна навчити родину правил спільного проживання з ВІЛ-інфікованим. Ці правила включають:

- дотримуватись правил особистої гігієни (регулярно приймати душ, користуватися індивідуальними приладами для гоління, зубними щітками, гребінцями, ретельно доглядати за місцями з високим рівнем забруднення: пахвовими складками, промежиною);
- при лікуванні вдома застосовувати лише одноразові шприци;
- при введенні наркотичних речовин використовувати лише одноразові шприци, знати пункти обміну шприців, не розкидати шприци після себе;
- користуватися презервативом під час кожного статевого контакту, при ушкодженні презерватива негайно обробити статеві органи спеціальним засобом (розчином хлоргексидину або мірамістину), що вільно продається в аптеці;
- використані бинти, серветки, гігієнічні пакети знезаражувати;

- негайно звертатися за медичною допомогою у випадку виникнення будь-якого захворювання або погіршення стану ВІЛ-інфікованого;
- пройти повний курс антиретровірусної терапії;
- правильно харчуватися, дотримуватися режиму праці і відпочинку;
- під час догляду за ВІЛ-інфікованим використовувати гумові рукавички необхідно лише у разі контакту з його кров'ю, спермою або іншими потенційно небезпечними виділеннями;
- знезаражувати предмети побуту при їхньому забрудненні кров'ю, спермою. Для цього потрібно:
  - ✓ видалити забруднення паперовою серветкою і помістити її в поліетиленовий пакет або замочити в знезаражувальному розчині на 1 год, після чого викинути в сміттєвий контейнер;
  - ✓ протерти місце забруднення ганчіркою зі знезаражувальним розчином або промити гарячою водою з мийним розчином;
  - ✓ змити рештки знезаражувального або мийного засобу чистою водою;
  - ✓ ганчірку замочити на 1 год у знезаражувальному розчині або прокип'ятити 30 хв, можна замочити на 2 год у мийному розчині або засобі для прання білизни;
  - ✓ гумові рукавички замочити після оброблення на 1 год в знезаражувальному розчині або на 2 год — у мийному.

Сімейна медсестра, працюючи на дільниці, в умовах реальної можливості контакту з ВІЛ-позитивними пацієнтами повинна спокійно і кваліфіковано виконувати свої обов'язки, керуючись наказом МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р.

### **Профілактичні заходи з метою профілактики СНІДу — техніка безпеки**

*(Наказ МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р.)*

#### **При аварії**

##### **І. Укол, поріз:**

- 1) зняти гумові рукавички всередину;
- 2) вичавити кров з рани;

- 3) обробити 70 % етиловим спиртом, 5 % розчином йоду, 3 % розчином пероксиду водню (одним з розчинів);
- 4) вимити руки з милом під проточною водою і протерти їх 70 % етиловим спиртом;
- 5) на рану накласти пластир, надягти напальник;
- 6) надягти рукавички;
- 7) повідомити керівнику відділення;
- 8) зареєструватися в журналі травм у ВПК.

### **II. Слизові оболонки:**

- 1) ротова порожнина — полоскання 70 % етиловим спиртом;
- 2) порожнина носа — закрapati 30 % розчин альбуциду;
- 3) очі — промити водою чистими руками, закрapati 30 % розчином альбуциду.

*Примітка.* Для оброблення носа і очей можна використати 0,05 % розчин калію перманганату.

### **III. Одяг, шкіра рук:**

- 1) при потраплянні крові на халат — негайно зняти халат і замочити в одному з наявних дезінфекційних розчинів;
- 2) обробити місце під халатом (місце потраплення крові): 70 % етиловим спиртом; промити водою з милом; повторно обробити 70 % етиловим спиртом.

### **Аптечка для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам і технічному персоналу лікувального закладу**

1. Напальники з розрахунку 1—2 на працівника;
2. Лейкопластир — 1 шт.
3. Ножиці — 1 шт.
4. Калію перманганат по 0,05 — 3 шт.
5. Ємність для розведення перманганату калію з маркуванням на 1 л.
6. 70 % етиловий спирт — 50 мл.
7. Тюбик-крапельниця з 30 % розчином альбуциду — 1—2 шт.
8. 5 % розчин йоду — 30 мл.
9. 3 % розчин пероксиду водню — 50 мл.
10. Перев'язний матеріал (серветки, вата).
11. Гумові рукавички — 3 пари.

12. Дистильована вода — 1 л.
13. Наважки дезінфекційних розчинів — хлорамін 30 г по 3 шт. кожної (зберігати окремо).
14. Ємність для розведення дезінфекційних засобів на 1 л.
15. Окуляри.
16. Фаргук клейончастий.

Медсестра повинна пам'ятати: щоб нівелювати ризик зараження ВІЛ-інфекцією, необхідно до кожного пацієнта ставитися як до умовно інфікованого.

Якщо склалася аварійна ситуація, призначають екстрену медикаментозну профілактику антиретровірусними препаратами. Починати її потрібно в перші хвилини й години, не пізніше 72 год від такої ситуації. Питання про доцільність антиретровірусної терапії вирішується в рамках наказу МОЗ України № 658 від 4.10.2006 р. «Про затвердження клінічного протоколу АРВ-терапії ВІЛ-інфікованих у дорослих і підлітків».

Медичній сестрі слід приймати ВІЛ-інфікованого пацієнта без з'ясування його провини. Адже негативізм і дискримінація з боку медичних працівників змушують ВІЛ-позитивних людей приховувати правду, що спричинює віддалення початку лікування, тяжчий перебіг захворювання.

Багато дискутують про вагітність і пологи при ВІЛ-інфекції. Нерідко ВІЛ-позитивна жінка зіштовхується з неприйняттям її бажання стати матір'ю. Однак останніми десятиліттями доведено, що своєчасна терапія АРВ-препаратами, плановий кесарів розтин і відмова від грудного вигодовування дає змогу запобігти інфікуванню дитини, знижує ризик зараження з 30 до 1—5 %.

Перебіг вагітності у ВІЛ-інфікованих характеризується збільшенням частоти передчасних пологів і народженням недоношених дітей, несвоєчасним відходженням навколоплідних вод. Під час передчасних пологів збільшується ризик зараження плода внаслідок незрілості імунної системи. Вагітність найчастіше ускладнюється гестозом.

## Тести

### 1. Шляхи поширення ВІЛ-інфекції:

- а) укуси комах, рукостискання;
- б) кашель, чхання;
- в) парентеральний, статевий;
- г) використання загального посуду;
- г) спільне використання туалету, ванни.

### 2. Терміни вироблення антитіл у ВІЛ-інфікованих:

- а) 1 міс;
- б) 3 міс;
- в) 6 міс;
- г) 12 міс;
- г) 3 роки.

### 3. При потраплянні крові на слизову оболонку очей для профілактики ВІЛ-інфекції в очі необхідно закрapati:

- а) 70 % етиловий спирт;
- б) 1 % розчин перманганату калію;
- в) один з наявних дезінфекційних засобів;
- г) 30 % розчин альбуциду;
- г) 0,25% розчин новокаїну.

### 4. Екстрена медикаментозна профілактика АРВ-препаратами доцільна в терміни до:

- а) 3 діб;
- б) 10 діб;
- в) 15 діб;
- г) 30 діб;
- г) 3 міс.

### 5. Медична сестра з будь-якою кров'ю повинна поводитися, як з інфікованою:

- а) так;
- б) ні.

### Еталони відповідей на тести

1 — в; 2 — б; 3 — г; 4 — а; 5 — а.

### **Ситуаційні задачі**

1. На прийом на дільницю сімейної медицини прийшла жінка. Пояснює, що її ВІЛ-позитивна дочка вагітна (термін 8 тиж) і не хоче переривати вагітності. Чи є в неї можливість народити здорову дитину?

2. Жінка, що має ВІЛ-позитивну дитину, звернулася з питанням до сімейної медсестри. Раніше ганчірки, використані для оброблення предметів, забруднених кров'ю дитини, замочувала на 1 год у дезінфекційному розчині. Зараз після контакту з дезрозчинами у неї з'явився дерматит. Чи можна якимось іншим чином дезінфікувати використані ганчірки?

3. Сімейна медсестра довідалася, що пацієнт К. ВІЛ-інфікований, і попередила про це сусідку. Оцініть дії медсестри.

#### **Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Так, за умови проведення антиретровірусної терапії, планового проведення кесаревого розтину й відмови від грудного вигодовування.

2. Можна прокип'ятити 30 хв або замочити на 2 год в мийному розчині або засобі для прання білизни.

3. Медсестра порушила медичну таємницю, що спричинює відповідальність залежно від ступеня тяжкості наслідків — від дисциплінарної до кримінальної.

---

## РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ БЕЗНАДІЙНИМ ПАЦІЄНТАМ

Робота сімейної медсестри в організації догляду за безнадійними хворими має 2 напрями:

- організація власне догляду за безнадійним хворим і надання йому психологічної підтримки;
- надання психологічної допомоги родині безнадійного хворого і навчання членів родини елементів догляду за ним.

Етико-деонтологічні особливості спілкування з безнадійними хворими і його родиною розглянемо в наступному розділі.

### Емоційні стадії горя

Природною реакцією людини на втрату є горе. Найважча втрата — сама смерть, відчуття її наближення.

У 1969 р. доктор Елізабет Каблер-Росе (США), що заснувала рух «усвідомлення смерті», виділила 5 стадій, які проходить людина після отримання звістки про наближення смерті.

*I стадія.* Психологічний шок, істерія, реакція заперечення — «цього зі мною не може бути». Реакція заперечення допомагає пацієнтові поступово усвідомити, що сталося. Але якщо вона затягується, у нього можуть виникнути проблеми (порушуються плани на майбутнє, не призначається лікування). Для безнадійного хворого реакція заперечення стає порятунком, надає йому оптимізму, вселяє надію на одужання.

*II стадія.* Це гнів і злість на себе, свою родину, медичний персонал. Головні запитання, які людина ставить собі на цій стадії: «Чому це сталося саме зі мною? За що це мені?»

*III стадія.* Звертання до вищих духовних сил із проханням допомогти, обіцянка щось зробити, якщо йому дадуть шанс пожити якийсь час або зцілять його чи близьких.

*IV стадія.* Настає депресія. Людина плаче, втрачає інтерес до життя, родини, довкілля.

*V стадія.* Усвідомлення втрати. Виникає бажання зробити все можливе для пом'якшення болю від втрати близької людини.

Стадії горя можуть повторюватися. Вони зазвичай тривають від 6 до 12 міс.

Якщо раптова смерть, особливо молодих людей, викликає важке потрясіння в рідних, то стани, які виникають внаслідок тривалої хронічної невиліковної хвороби (СНІД, неоперабельні форми раку, травми спинного мозку, втрати кінцівок тощо), супроводжуються різної міри стражданнями, часом нестерпними. Радикально допомогти пацієнтам у цій ситуації не можна. Що ж робити?

## Роль сімейної медсестри в паліативному лікуванні

Мета паліативного лікування — створити для пацієнта і його родини найсприятливіші умови на період життя, відпущений безнадійному хворому.

### Заходи для досягнення мети

- Створити для хворого комфортні і безпечні умови. Часто пацієнт прикутий до ліжка, і медсестра повинна навчити рідних доглядати за його постілью, проводити заходи щодо профілактики пролежнів, навчити користуватися судном і сечоприймачем, доглядати за волоссям, нігтями, вухами, порожниною рота, очами і т. ін. (табл. 19).
- Позбавити пацієнта болю. Етико-правові аспекти цієї проблеми дискусійні, оскільки тривале полегшення болю снодійними та наркотичними засобами призводить до вкорочення життя внаслідок негативного впливу на дихальну систему, що може спричинити передчасну смерть (табл. 20, 21).

**Таблиця 19.** Стандартний план догляду в разі ризику виникнення і розвитку пролежнів у лежачого хворого (результати догляду реєструють у протоколи до плану догляду)

Проблема	Позначка	Сестринські втручання
Ризик розвитку пролежнів	Пролежнів не буде	Проводити поточну оцінку не менше ніж 1 раз на добу (вранці) за шкалою
		Змінювати положення пацієнта кожні 2 год: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8—10 год — положення Фаулера;</li> <li>• 10—12 год — положення на лівому боці;</li> <li>• 12—14 год — положення на правому боці;</li> <li>• 14—16 год — положення Фаулера;</li> <li>• 16—18 год — положення Симса;</li> <li>• 18—20 год — положення Фаулера;</li> <li>• 20—22 год — положення на правому боці;</li> <li>• 22—24 год — положення на лівому боці;</li> <li>• 0—2 год — положення Симса;</li> <li>• 2—4 год — положення на правому боці;</li> <li>• 4—6 год — положення на лівому боці;</li> <li>• 6—8 год — положення Симса.</li> </ul> Вибір положення та їх чергування можуть змінюватися залежно від захворювання та стану пацієнта
		Щодня вранці обмивати такі ділянки
		Перевіряти стан постелі при зміні положення (кожні 2 год)
		Навчити родичів техніки правильного переміщення хворого (піднімаючи над ліжком)
		Визначати кількість спожитої їжі (кількість білка не менше ніж 120 г на добу)
		Забезпечити вживання не менше ніж 1,5 л рідини на добу: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9—13 год — 700 мл;</li> <li>• 13—18 год — 500 мл;</li> <li>• 18—22 год — 300 мл</li> </ul>
		Використовувати поролонові прокладки, що виключають тиск на шкіру
		При нетриманні сечі: змінювати памперси негайно після дефекації з подальшою дбайливою гігієнічною процедурою
		При посиленні болю — консультація лікаря
		Заохочувати пацієнта змінювати положення в ліжку (точки тиску) за допомогою перекладин, поручнів та інших пристосувань

Таблиця 20. Стандартний план догляду під час болю  
(у дорослого пацієнта)

Проблема	Позначка	Сестринські втручання
Біль	Пацієнт не відчуватиме болю	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Невербально оцінити інтенсивність болю, використовувати лінію болю та шкалу для його оцінювання (під час оцінювання вказати, за якою шкалою визначали інтенсивність болю).</li> <li>2. Вказати, хто оцінив біль (сестра, пацієнт). Оцінити інтенсивність болю, спостерігаючи за поведінкою пацієнта (вербальною та невербальною).</li> <li>3. Давати (вводити) анальгезивні засоби відповідно до призначень лікаря і проводити сестринську оцінку ефективності використання цих препаратів, консультуючись з лікарем при неадекватній анальгезії.</li> <li>4. Допомогти пацієнтові прийняти положення, що зменшує біль.</li> <li>5. Пояснювати пацієнтові усі процедури, які здійснюються, даючи йому можливість ставити будь-які запитання та висловлювати свої страхи та побоювання.</li> <li>6. Використовувати відомі процедури для послаблення та полегшення болю</li> </ol>

Таблиця 21. Шкала для оцінювання опису болю пацієнтом

Характеристика болю	Цифри відповідно до ступеня тяжкості болю	Слова, які описують ваш біль
Тяжкий нестерпний біль (неконтрольований)	10	Порівняйте слово (слова), що відповідають вашому болю, із цифрою на прямій лінії, яка визначить ступінь тяжкості вашого болю. Проведіть стрілку від цього слова до цифри або скажіть сестрі
	9	

Характеристика болю	Цифри відповідно до ступеня тяжкості болю	Слова, які описують ваш біль
Украй сильний біль (що калічить, нівечить), що не дає змоги виконувати ваші звичайні функції	8	
	7	
	6	
Помірний біль	5	Нищівний, розчавлює, стискає, затискає, пронизує, стріляє, гострий, пекучий, відчуття, як від електричного шоку, пульсівний, судомний, спазматичний, тупий, розпирає, гризе, відчуття роздавлювання під великою вагою, напруження, незручності, неспокою
	4	
Легкий біль	3	
	2	
	1	
Відсутність болю	0	

### Шкала для вербального і невербального оцінювання послаблення болю

1. Шкала оцінювання болю (вербальна, порівняльна шкала рейтингу болю):

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 під час руху;  
4 = сильний біль у стані спокою та під час руху.

2. Шкала для характеристики послаблення болю:

- ✓ біль зовсім зник \ = (А);
- ✓ біль майже зник \ = (В);
- ✓ біль значно зменшився \ = (С);
- ✓ біль трохи зменшився \ = (Д);
- ✓ немає помітного зменшення болю \ = (Е).

3. Шкала заспокоєння:

0 = заспокоєння немає;

1 = слабе заспокоєння, дрімотний стан, швидке (легке) пробудження;

2 = помірне заспокоєння, зазвичай стан дрімоти, швидке (легке) пробудження;

3 = сильне заспокоєння, дія засинання, важко пробудити пацієнта;

4 = пацієнт у стані сну, легке пробудження.

- Емоційно підготувати пацієнта до наближення кінця.

- Спілкуватися з пацієнтом, ґрунтуючись на двох принципах:

- ✓ ніколи не обманювати;

- ✓ не бути бездумно відвертим.

Пацієнт має право знати правду, щоб розпорядитися своїм життям за власним розсудом. Але ця правда не повинна вбити його або зробити його останні дні більш тяжкими.

## Роль хосписів у обслуговуванні безнадійних хворих

Перший у світі хоспис створили 1967 р. в Англії. Мета його організації — зустріти смерть пристойно. Тут шанобливо ставляться до бажань пацієнта, пам'ятаючи, що його останнє бажання необхідно виконати. У хосписі хворого вчать жити одним днем. Хосписи називають Будинками життя, або Будинками для зняття болю.

В Україні також з'явилися хосписи. Їх часто відкривають при онкодиспансерах для надання допомоги безнадійним онкохворим. Тут працюють медичні працівники і священики. Цей тандем дає змогу одночасно лікувати душу і тіло людини.

## **Сестринська допомога близьким безнадійного хворого і тим, які перенесли втрату близької людини**

- За наявності в родині безнадійного хворого потрібно підготувати родичів до майбутньої втрати члена родини. При цьому бути дуже обережними з тими членами сім'ї, в яких можуть загостритися хронічні захворювання або виникнути ускладнення, що загрожують життю (гіпертонічна хвороба, перенесений інфаркт або інсульт і т. ін.). Постійно підтримувати і втішати всіх членів родини.

- Пояснювати членам родини важливість їхньої присутності і підтримки для безнадійного пацієнта. Умираючий не повинен почуватися самотнім.

- Якщо хворий перебуває в стаціонарі, допомогти родичам перенести розлуку.

Останнім часом у світі поширилася модель авансового планування медичної допомоги. Її застосовують у разі тяжкого або безнадійного стану пацієнта. Сутність полягає в тому, що хворий при житті складає інструкцію в письмовій формі довірений людині, здатній захистити його інтереси в термінальній стадії. Медичні працівники повинні мати достатньо знань для ведення переговорів з довіреними особами.

Необхідно пам'ятати, що медичній сестрі, яка тривало працює з безнадійними хворими, потрібна підтримка, психологічна допомога.

### *Тести*

1. Для II стадії горя характерна така реакція:  
а) гнів, злість;

- б) психологічний шок;
- в) істерія;
- г) звертання до вищих духовних сил;
- г) депресія.

**2. Мета паліативного лікування:**

- а)вилікувати пацієнта;
- б) провести профілактику загострення захворювання;
- в) створити сприятливі умови на період життя безнадійного хворого;
- г) усе, перелічене вище, правильне;
- г) усе неправильно.

**3. Для профілактики пролежнів потрібно змінювати положення хворого в ліжку кожні:**

- а) 2 год;
- б) 4 год;
- в) 6 год;
- г) 8 год;
- г) 10 год.

**4. При нетриманні сечі памперси необхідно міняти кожні:**

- а) 2 год;
- б) 4 год;
- в) 6 год;
- г) 8 год;
- г) 1 раз на добу.

**5. Пацієнт скаржиться на незначний біль у стані спокою, помірний біль під час руху. Оцініть біль за порівняльною шкалою рейтингу болю:**

- а) 0;
- б) 1;
- в) 2;
- г) 3;
- г) 4.

**Еталони відповідей на тести**

1 — а; 2 — в; 3 — а; 4 — б; 5 — в.

### *Ситуаційні задачі*

1. Хворий Н. перебуває в хосписі через онкозахворювання, виражений асцит. Призначено абдомінальну пункцію. Пацієнт поцікавився її метою. Медсестра відповіла: «Лікар призначив, з ним і розмовляйте». Оцініть дії медсестри.

2. Сімейна медсестра отримала результати фіброгастро-скопії хворої С., 43 років, з діагнозом «Рак шлунка». Вона повідомила пацієнтці діагноз і сказала, що їй слід оперуватися в онкодиспансері. Пацієнтка пішла і наклала на себе руки. Чи припустилася помилки медсестра?

3. Родичі пацієнта з раком легені IV стадії звернулися до медсестри з проханням зробити летальну дозу морфіну, тому що не можуть бачити страждання пацієнта. Чи має право медсестра виконати прохання родичів?

#### **Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Медсестра повинна була заспокоїти пацієнта, пояснивши, що пункцію проводять для полегшення його стану, і що вона не становить небезпеки.

2. Так. Медсестрі слід було повідомити результати обстеження лікареві. Лікар вирішуватиме, як і в якій формі подати ці результати пацієнтці. Відповідальність за цей випадок на медсестрі.

3. Медсестра не має права прискорювати час смерті навіть безнадійного хворого, який дуже страждає. Вона зобов'язана всіма способами зменшувати страждання, вселяти надію, боротися за кожен годину подовження життя.

---

## РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я І ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

### Стан репродуктивного здоров'я населення України

На сьогодні стан репродуктивного здоров'я населення України перебуває в центрі уваги як державних органів, так і громадських організацій, тому що показники рівня народжуваності в країні все ще низькі (7,8 у 2000 р.; 8,1 у 2003 р.; 9,6 у 2007 р. на 1 тис. населення).

На стан репродуктивного здоров'я впливають екологічні, соціальні, економічні чинники, показники захворюваності соматичними та іншими захворюваннями.

У цей час до 10 % вагітних не можуть виносити плід, збільшилася кількість гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку, ускладнення після абортів виникають у кожної третьої жінки, а у вагітних уперше частота ускладнень становить 40 %. Найчастіші ускладнення — безплідність, невиношування плода, запальні захворювання статевих органів, ендокринні порушення тощо.

Останніми роками виникла тенденція до зниження репродуктивної функції сім'ї. Показник народжуваності в родині становить 1,2—1,7 (оптимальний — 2,2). Це пояснюється зменшенням кількості шлюбів, зростанням кількості розлучень, обмеженням кількості дітей у сім'ї через низький її добробут.

Відтак сьогодні все більше уваги приділяють сім'ї.

Сімейна медсестра — це медичний працівник, який першим приходиться у родину, в якій народжується дитина, який навчає молодих батьків, як доглядати за нею і виростити її здо-

ровою, формує почуття відповідальності за стан здоров'я дитини.

В Україні прийнята і реалізується Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 рр.», яка передбачає:

- підвищити показник народжуваності на 15—20 %;
- знизити рівень материнської смертності на 20 %;
- знизити рівень дитячої смертності на 20 %;
- знизити частоту абортів у жінок дітородного віку на 20—25 %.

Одночасно в Україні працює проект «Разом до здоров'я» на 2005—2010 рр., що функціонує за допомогою Агентства США з Міжнародного Розвитку (USAID). Мета проекту — покращити здоров'я жінок, чоловіків, родини загалом шляхом збереження репродуктивного здоров'я і планування родини. Проект ставить за мету змінити ставлення українців до абортів як основного методу регулювання народжуваності на користь сучасних методів контрацепції.

## Планування родини

В Україні створено службу планування родини, що складається з 400 центрів і кабінетів планування сім'ї, 7 центрів репродуктивного здоров'я підлітків, але знаходяться вони в обласних центрах і великих містах. Тому першу консультацію і першу інформацію з питань планування сім'ї жителі наших регіонів отримуватимуть від сімейного лікаря і сімейної медсестри.

Планування родини є правом кожної людини, що закріплено «Загальною декларацією прав людини» (Тегеран, 1968 р.).

Планування сім'ї, відповідно до визначення ВООЗ, дає змогу уникнути небажаної вагітності, народити бажаних дітей, спланувати кількість дітей у родині та інтервали між їхніми народженнями.

Важлива частина роботи з планування сім'ї на дільниці сімейної медицини — це проведення консультацій, які бувають:

- первинними, коли пацієнта знайомлять з методами контрацепції, дають змогу вибрати оптимальний варіант;

• повторними, коли проводять консультацію з конкретного методу контрацепції або обговорюють проблеми, що виникли під час користування контрацептивами.

Під час консультації медична сестра повинна бути доброзичливою, тобто:

- ✓ уважно вислухати пацієнтку;
- ✓ зібрати короткий анамнез;
- ✓ перелічити всі види контрацепції, описати їхні переваги і недоліки, можливі побічні ефекти;
- ✓ допомогти вибрати безпечний для пацієнтки метод контрацепції;
- ✓ розповісти, як користуватися цим методом;
- ✓ упевнитися в тому, що пацієнтка зрозуміла, як користуватися цим методом;
- ✓ запропонувати повторну консультацію у разі виникнення якихось проблем.

Під час опитування медсестра повинна з'ясувати:

- ✓ кількість дітей, вік молодшої дитини;
- ✓ наявність грудного вигодовування на цей час;
- ✓ наявність порушень менструального циклу;
- ✓ наявність кровотеч після статевого акту;
- ✓ жовтяницю в анамнезі;
- ✓ тютюнопаління;
- ✓ цукровий діабет;
- ✓ головний біль, порушення зору, біль у ділянці серця, набряки;
- ✓ підвищення АТ;
- ✓ перенесені інсульт, інфаркт;
- ✓ мастопатію, рак грудної залози;
- ✓ вживання лікарських препаратів;
- ✓ наявність декількох статевих партнерів;
- ✓ наявність в анамнезі захворювань, що передаються статевим шляхом;
- ✓ запальні захворювання малого таза.

Якщо є позитивна відповідь на одне або декілька запитань, необхідно проконсультувати пацієнтку у відповідних фахівців, провести додаткові обстеження.

Треба пам'ятати, що значне поширення контрацептивів не впливає на рівень народжуваності, але зменшує кількість

штучних абортів, що покращує репродуктивне здоров'я родини.

Показник частоти абортів на 100 народжених живими дітей в Україні знизився зі 140 в 1996 р. до 81 у 2005 р., хоча і дотепер він залишається досить високим.

**Контрацепція** — це запобігання вагітності.

Методи контрацепції:

- ритмічний (біологічний);
- бар'єрний (механічний);
- хімічний;
- переривання статевого акту;
- внутрішньоматкова контрацепція (ВМК);
- гормональний.

Протизаплідні засоби повинні бути надійними, простими у використанні, не становити небезпеки для організму.

**Ритмічний метод** полягає в утриманні від статевих відносин у фертильну фазу менструального циклу. Цей метод ефективний лише за умови регулярності менструального та оваріального циклу. Запліднення яйцеклітини можливе лише протягом 24—48 год після овуляції. Варіантами ритмічного методу є календарний, температурний, цервікальний, мультикомпонентний.

- **Календарний метод** дає змогу обчислити початок і кінець фертильного періоду, виходячи з тривалості менструальних циклів протягом останніх 8—12 міс. Початок фертильної фази = тривалість найкоротшого менструального циклу мінус 18; кінець фертильної фази = тривалість найдовшого циклу мінус 11.

- **Температурний метод** — визначення фертильної фази вимірюванням базальної температури в прямій кишці або ротовій порожнині вранці, не встаючи з ліжка, протягом 7—10 хв. Після овуляції температура тіла підвищується. За результатами вимірювань креслять графіки.

- **Цервікальний метод** — визначення фертильної фази проводять за характером змін слизу каналу шийки матки.

- **Мультикомпонентний метод** ураховує показники перелічених вище методів.

Недоліки ритмічного методу — тривалість оволодіння ним, необхідність щоденних спостережень, залежність від думок статевого партнера.

**Бар'єрні (механічні) методи** — методи, що перешкоджають надходженню сперми в піхву або шийку матки. Розрізняють чоловічі (презервативи) і жіночі (діафрагми, ковпачки) методи. *Презерватив* — це єдиний засіб, що захищає від зараження інфекціями, які передаються статевим шляхом. Презерватив простий, зручний, дешевий, безпечний, контрацептивна ефективність його — до 80 %.

**Хімічні методи контрацепції** — використання сперміцидів (креми, гелі, супозиторії), які інактивують сперматозоїди протягом декількох секунд — максимум 2 хв. Частіше їх використовують разом з механічними засобами контрацепції.

**Переривання статевого акту** — метод низької контрацептивної ефективності (15—30 %), до 60 % жінок не мають при цьому оргазму, у разі тривалого застосування можуть розвинутися захворювання в чоловіків (зниження потенції, гіпертрофія передміхурової залози) і жінок (фригідність, дисфункція яєчників).

**ВМС** — використання внутрішньоматкових спіралей. Метод має високу ефективність (98 %), не впливає на обмін речовин жінки, не має тератогенної дії. Його недоліки — велика кількість протипоказань, високий ризик запальних захворювань і перфорацій матки, збільшення кровотеч під час менструації. Це оптимальний метод для жінки, яка народила і має одного партнера. Протипоказання — вагітність, гострі запальні процеси статевих органів, відсутність в анамнезі пологів. Відносними протипоказаннями є аномалії розвитку статевих органів, фіброміома матки, ерозія шийки матки, порушення менструального циклу, екстрагенітальна патологія (анемії, цукровий діабет, алергія на мідь тощо).

**Гормональна контрацепція** — поширений і ефективний метод, заснована на використанні синтетичних аналогів природних гормонів яєчників. Ефективність — 99 %. Виділяють такі групи цього методу контрацепції залежно від складу й способу застосування:

- ✓ комбіновані естроген-прогестеронові препарати;
- ✓ мікродози гестогенів (міні-пілі);
- ✓ ін'єкційні (продовговані) препарати;
- ✓ підшкірні імпланти;
- ✓ посткоїтальна контрацепція.

Для призначення гормональних контрацептивів існують абсолютні протипоказання:

- наявність новоутворень і стан після видалення доброякісних і злоякісних пухлин;
- захворювання судин (капілярів, вен, артерій);
- коагулопатії;
- недостатність судин головного мозку;
- артеріальна гіпертензія;
- захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, хвороби гіпофіза, надниркових залоз, щитоподібної залози);
- захворювання нирок;
- захворювання печінки;
- психічні захворювання;
- захворювання крові;
- колагенози.

**Загальні принципи призначення гормональних препаратів:**

- ✓ на першій консультації підбирають препарат і призначають терміном на 3 міс за умови щомісячного обстеження (АТ, глюкоза крові, коагулограма, мазки з шийки матки, огляд грудних залоз);
- ✓ за відсутності негативного ефекту вживання препарату можна продовжити до 1—1,5 року в постійному режимі.

Слід пам'ятати, що паралельне використання лікарських засобів може знизити або підвищити протизаплідний ефект (транквілізатори, гіпотензивні, седативні засоби, антибіотики тощо). Одночасне вживання з протизаплідними засобами анальгетиків, сульфаніламідних препаратів, барбітуратів збільшує можливість кровотеч.

*Комбіновані контрацептиви* можуть бути монофазні, двофазні і трифазні (містять відповідно 1, 2 і 3 комбінації естрогенів і гестагенів). Монофазні можна використовувати жінкам будь-якого віку, після пологів, що не годують груддю, після абортів. Кількість контрацептивів цієї групи дуже велика, тому, рекомендуючи їхнє застосування, медсестра повинна уважно вивчити показання і протипоказання для кожного препарату.

**Ін'єкційні (продовжані) контрацептиви** мають значну перевагу (одна ін'єкція препарату замість щоденного вживання таблеток), містять прогестогени, пригнічують овуляцію. Найчастіше використовують депо-провера-150. Уводять внутрішньом'язово 150 мг кожні 3 міс на 5-й день менструального циклу. Фертильність відновлюється через 4—24 міс після припинення використання препарату. Протягом 2-х тижнів після першої ін'єкції рекомендують застосовувати додаткові методи контрацепції. До побічних ефектів відносять порушення менструального циклу.

**Мікродози гестогенів (міні-пілі)** — мікронор, оврет, фе-мулен — призначають із першого дня менструального циклу. Перші 7 днів необхідно використовувати додаткові контрацептиви.

**Підшкірні імпланти** (норплант), що їх уводять підшкірно в ділянку передпліччя, діють до 5 років. Фертильність відновлюється відразу після видалення імплантату.

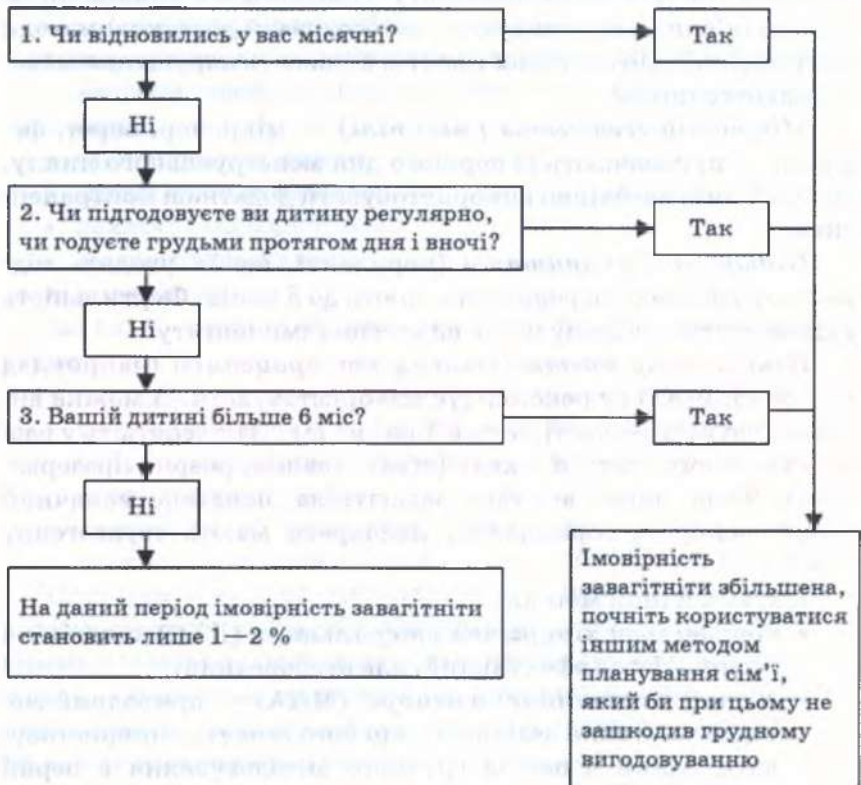
**Невідкладну посткоїтальну контрацепцію** (наприклад постонор) ВООЗ не рекомендує використовувати. Її можна використовувати не частіше ніж 1 раз на рік. Застосовують у разі незахищеного статевого акту (згвалтування, розрив презерватива). Якщо жінка все-таки завагітніла, показано медичний аборт, оскільки гормональні препарати мають тератогенну дію.

Існують й інші методи:

- **добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)** чоловіків і жінок. Метод ефективний, але необоротний.
- **метод лактаційної аменореї (МЛА)** — природний метод запобігання вагітності, що його можуть використовувати жінки в період грудного вигодовування в перші 6 міс після народження дитини. Його застосовують, якщо:
  - ✓ дитина вживає лише грудне молоко;
  - ✓ від пологів минуло не більше ніж 6 міс;
  - ✓ наявна аменорея.

Уважають, що в перші 6 міс може завагітніти лише 2 % жінок. Цей метод заснований на фізіологічних особливостях грудного вигодовування. Унаслідок відсмоктування дитиною грудного молока в організмі жінки припиняється вироблення гормонів, що викликають овуляцію. МЛА ефективний лише в

тому разі, якщо жінка регулярно і часто годує дитину груддю. Жінка повинна годувати дитину принаймні кожні 4 год упродовж дня і кожні 6 год — уночі. У період грудного вигодовування потрібно стежити за тим, щоб спостерігалися деякі ознаки, які засвідчують, що цей метод контрацепції все ще ефективний. Ці ознаки проілюстровано на схемі:



### Загальні висновки

1. У післяпологовий період краще використовувати МЛА, ВМК, бар'єрні методи, ДХС за показаннями. Матерям-годувальницям не рекомендують застосовувати гормональні контрацептиви (табл. 23).
2. Після абортів питання контрацепції вирішують з урахуванням репродуктивних планів пацієнтки (табл. 22).

3. Підліткам рекомендують бар'єрні методи, оскільки вони забезпечують ще й захист від інфекцій, які передаються статевим шляхом.
4. Пероральні контрацептиви ефективні лише в разі регулярного застосування.
5. ВМК рекомендують жінкам, що мають одного статевого партнера.
6. Біологічні методи можна використовувати партнерам з високим рівнем самоконтролю.

Таблиця 22. Методи контрацепції, безпечні і ефективні після аборту

Презервативи	Можна застосовувати відразу після поновлення статевого життя
Комбіновані оральні контрацептиви	Можна застосовувати в будь-який час протягом перших семи днів після аборту
Суто прогестинові оральні контрацептиви	Можна застосовувати в будь-який час протягом перших семи днів після аборту
ВМС	Можна вводити відразу, якщо немає протипоказань, зокрема ознак інфекції. У разі ускладнень ВМС можна вводити після повного усунення інфекції (приблизно через 3 міс), якщо немає інших протипоказань
Ін'єкційні контрацептиви (депо-провера)	Можна застосовувати в будь-який час протягом перших семи днів після аборту
Сперміциди	Можна застосовувати відразу після поновлення статевого життя
Норплант імплантати	Можна застосовувати в будь-який час протягом перших семи днів після аборту
Стерилізація	Чоловіча стерилізація (вазектомія) і жіноча стерилізація є методами постійної контрацепції. З цієї причини чоловікам і жінкам варто дуже серйозно обміркувати, чи хочуть вони застосовувати ці методи. Стрес, що виникає внаслідок аборту, може зашкодити прийняти правильне рішення. Більшість лікарів проводять стерилізацію не раніше ніж через 6 тиж після аборту, впевнившись, що жінки і чоловіки не шкодуватимуть згодом, вибравши цей метод контрацепції

Таблиця 23. Методи післяпологової контрацепції

Назва	Якщо жінка годує груддю	Якщо жінка не годує груддю
Презервативи	Можна застосовувати відразу після поновлення статевого життя	
Комбіновані гормональні оральні й ін'єкційні контрацептиви	Можна застосовувати після припинення грудного вигодовування, але не раніше ніж через 3 тиж після пологів	Можна застосовувати через 3 тиж після пологів, ще до поновлення менструацій
Суто прогестинові оральні контрацептиви	Можна застосовувати через 6 тиж після пологів	Можна застосовувати в будь-який час після пологів, ще до поновлення менструацій
Ін'єкційні контрацептиви (депо-провера)	Можна застосовувати через 6 тиж після пологів	Можна застосовувати в будь-який час після пологів, ще до поновлення менструацій
Норплант імплантати	Можна застосовувати через 6 тиж після пологів	Можна застосовувати відразу після пологів
ВМС	Можна вводити протягом перших 48 год після пологів або через 6 тиж	
Сперміциди	Можна застосовувати відразу після поновлення статевого життя	
Метод лактаційної аменореї (МЛА)	Застосовується протягом перших 6 міс після пологів	
Жіноча стерилізація	Процедуру можна проводити протягом перших 48 год або через 6 тиж після пологів. Стерилізація — постійний метод контрацепції, тому вам необхідно всебічно обміркувати своє рішення до пологів, щоб не шкодувати згодом про вибір цього методу	

## Безплідна родина

Частота безплідних шлюбів, на думку вчених, становить 10—20 %. Спостерігається тенденція росту безплідних шлюбів. Отже, проблема має державне значення.

За визначенням ВООЗ, шлюб вважають безплідним, якщо протягом року регулярного статевого життя без використання контрацептивів жінка дітородного віку не вагітніє.

Розрізняють чоловічу і жіночу безплідність. Жіноча безплідність буває первинною і вторинною (раніше вагітніла). Частота первинної і вторинної безплідності практично однакова.

Безплідність у шлюбі за різними даними від 30 до 60 % залежить від стану здоров'я чоловіка.

Експерти ВООЗ класифікують причини чоловічої і жіночої безплідності так:

1) *причини жіночої безплідності в шлюбі:*

- ✓ двобічна непрохідність маткових труб;
- ✓ спайковий процес у малому тазі;
- ✓ набута патологія маткових труб;
- ✓ набута патологія матки і шийки матки;
- ✓ природжені аномалії статевих органів;
- ✓ пухлини гіпофіза;
- ✓ олігоаменорея;
- ✓ туберкульоз;
- ✓ психосексуальні розлади;
- ✓ ятрогенні причини;

2) *причини чоловічої безплідності в шлюбі:*

- ✓ патологія сперми;
- ✓ ятрогенні причини;
- ✓ системні захворювання;
- ✓ природжена патологія статевих органів;
- ✓ набута патологія яєчок;
- ✓ варикоцеле;
- ✓ інфекція придаткових залоз;
- ✓ ендокринна патологія;
- ✓ психосоціальні розлади;
- ✓ обструктивна азоспермія;

3) *причини спільної безплідності (жіночої і чоловічої):*

- ✓ урогенітальна інфекція;
- ✓ психосексуальні розлади;
- ✓ імунологічні причини.

Для виявлення причини безплідного шлюбу сімейну пару обстежують протягом 2—5 міс. Бажано дотримуватися такої схеми, що включає кілька етапів:

*1 етап* — первинне опитування і обстеження (частіше проводять на дільниці сімейної медицини). Під час збирання анамнезу з'ясовують соціально-побутові умови, шкідливі звички, шкідливості на виробництві, факти тривалого вживання медикаментів, особливості формування статевої функції, наявність у минулому захворювань, що передаються статевим шляхом. Проводять гінекологічний огляд жінки, беруть мазки з піхви на ступінь чистоти й гонококи.

*2 етап* — дослідження сперми чоловіка.

*3 етап* — дослідження овуляції в жінки:

- ✓ вимірювання базальної температури впродовж 2—3 міс;
- ✓ цитологічне дослідження мазків упродовж 2 міс;
- ✓ медикогенетичне обстеження (підозра на спадкову патологію);
- ✓ консультації фахівців (окуліст, ендокринолог);
- ✓ спеціальні дослідження гормонального тла, гістеросальпінгографія.

*4 етап* — дослідження сумісності слизу шийки матки і сперми.

Висновок можна робити лише після проходження всіх етапів обстеження.

## Тести

1. Який з перелічених методів контрацепції захищає від ВІЛ-інфекції:

- а) МЛА;
- б) ВМК;
- в) презерватив;
- г) гормональні контрацептиви;
- г) хімічний метод?

**2. До біологічного методу контрацепції належить:**

- а) календарний;
- б) презервативи;
- в) ВМК;
- г) діафрагми, ковпачки;
- г) сперміциди.

**3. Механізм дії бар'єрних методів контрацепції:**

- а) заважають надходженню сперми в піхву;
- б) знижують активність сперматозоїдів;
- в) впливають на овуляцію;
- г) блокують маткові труби;
- г) блокують потрапляння яйцеклітини в матку.

**4. ВМК не рекомендуються, якщо жінка:**

- а) годує груддю;
- б) має кілька дітей;
- в) багато палить;
- г) має запальні захворювання статевих органів.

**5. Абсолютні протипоказання для призначення гормональних контрацептивів:**

- а) хвороби вен, артерій;
- б) анемії;
- в) захворювання печінки;
- г) захворювання нирок;
- г) усе, перелічене вище.

**6. Після видалення норпланта фертильність відновлюється:**

- а) відразу;
- б) через 1 тиж;
- в) через 2—3 міс;
- г) через 1 рік;
- г) через 2 роки.

**7. Хто вибирає метод планування родини для пацієнтки:**

- а) сімейна медсестра;
- б) пацієнтка;

- в) члени родини;
- г) чоловік;
- г) усі, перелічені вище?

**8. Матерям-годувальницям не рекомендується застосовувати:**

- а) МЛА;
- б) ВМК;
- в) презерватив;
- г) діафрагми;
- г) гормональні контрацептиви.

**9. Оптимальний метод контрацепції для підлітків:**

- а) презерватив;
- б) ВМС;
- в) гормональні контрацептиви;
- г) МЛА;
- г) ДХЛ.

**10. Приблизні терміни обстеження для з'ясування причини безплідного шлюбу:**

- а) 1—2 дні;
- б) 1—2 тиж;
- в) 1—2 міс;
- г) 2—5 міс;
- г) близько року.

**Еталони відповідей на тести**

1 — в; 2 — а; 3 — а; 4 — г; 5 — г; 6 — а; 7 — б; 8 — г; 9 — а;  
10 — г.

### *Ситуаційні задачі*

1. До сімейної медсестри на первинну консультацію з планування сім'ї звернулася жінка 28 років. Дитині 2 міс, перебуває на змішаному вигодовуванні. Місячних не було. Чи може вона продовжувати користуватися для запобігання вагітності методом лактаційної аменореї?

2. Незаміжня бездітна жінка 20 років запитує в сімейної медсестри, чи можна їй увести внутрішньоматкову спіраль.

3. Жінка живе в шлюбі 2 роки. Користувалися презервативом, використовувала календарний метод контрацепції. Перестала використовувати методи контрацепції 4 міс тому. Вагітність не настала. Чи можна такий шлюб уважати безплідним?

4. Жінка живе в шлюбі 2 роки без контрацепції, вагітність не настає. Чоловік відмовляється проходити обстеження. Питання до сімейної медсестри: чи є сенс обстежувати лише жінку?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Ні, тому що дитина вживає не лише грудне молоко. Сімейна медсестра може порекомендувати ВМК, бар'єрні методи.

2. Не можна. Відсутність в анамнезі пологів є протипоказанням для введення внутрішньоматкової спіралі.

3. Ні, тому що шлюб вважається безплідним, якщо протягом року активного статевого життя без контрацепції вагітність не настає. А минуло лише 4 міс.

4. Пояснити жінці, що в 30—60 % випадків шлюб буває безплідним з вини чоловіка, терміни обстеження становлять 2—5 міс. Щоб не гаяти часу, треба проходити обстеження і чоловікові, і жінці.

## ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ СІМЕЙНОЇ МЕДСЕСТРИ З ПАЦІЄНТАМИ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Сімейна медсестра постійно контактує з особами похилого і старечого віку. Знання фізіологічних і психологічних особливостей цієї категорії пацієнтів допоможе їй ефективно здійснювати медсестринський процес, домогтися взаєморозуміння з пацієнтами.

За геронтологічною класифікацією ВООЗ:

60—74 роки — похилий вік;

75—89 — старечий вік;

понад 90 років — довгожителі.

Старіння населення є однією з найважливіших проблем сучасності, що набуває величезного значення для економічної і соціальної політики держави.

У людини варто розмежовувати календарний (кількість прожитих років) і біологічний вік. Люди старіють різними темпами і часто однолітки істотно відрізняються один від одного. *Біологічний вік* — це ступінь старіння організму, його здоров'я, тривалості життя. Визначення біологічного віку дуже важливе для розмежування фізіологічного віку і передчасного старіння. Чим більше календарний вік випереджає фізіологічний, тим менший темп старіння.

Особливості старіння і хвороб у людей похилого і старечого віку:

- соматичні процеси тісно пов'язані зі зміною їхньої психології;
- пацієнти дуже залежні від докiлля і насамперед сімейних стосунків. Тому якщо медсестра розглядатиме пацієнта поза родиною, її допомога буде неефективною.

Велику роль відіграє роль сімейної медсестри в профілактиці передчасного старіння і лікуванні вже наявних патологічних процесів.

Треба задовго до настання старості знайомити пацієнта з поступовими закономірними змінами, що відбуваються в організмі, допомогти усвідомити подальші зміни і дати рекомендації щодо перебудови способу життя для підтримання активного довголіття.

## Вікові зміни органів і систем в осіб похилого віку

Після 60 років відзначають дегенеративно-дистрофічні зміни кістково-м'язового скелета грудної клітки, що призводить до погіршення легеневої вентиляції, знижується дренажна функція бронхів, легко виникає задишка під час фізичного навантаження. Втрачається еластичність артерій, зменшується кількість функціонуючих капілярів, що зумовлює підвищення артеріального тиску. Уповільнюється частота серцевих скорочень, зменшується наповнення об'єму серця за 1 хв, знижується скоротлива здатність міокарда, що призводить до недостатності в умовах напруженої діяльності. Змінюються рефлекс регуляції кровообігу, що погіршує регуляцію АТ.

Значно змінюються органи травлення. У ротовій порожнині знижується кількість зубів, атрофуються слинні залози, жувальні м'язи, що спричинює тріщини губ, язика, сухість у роті. Утруднюється відкушування і жування. Знижуються можливості секреторного апарату шлунка, подовжується кишківник, змінюється його мікрофлора (збільшується група бактерій гниття, зменшується кількість молочнокислих). Знижується маса печінки, тому порушуються всі види обмінів, зниження тонуусу жовчного міхура призводить до застою жовчі.

Атрофується підшлункова залоза і зменшується вироблення панкреатичного соку.

Розвивається стареча туговухість, порушується зір, слабшає діяльність усіх органів чуття. Пропадає жвавість, рухливість. Зменшення життєвої енергії позначається на емоційній сфері. Старі люди можуть бути схильні до занепокоєння, страху, загострюються якості особистості (ощадливий стає скупердяєм). Відзначають випадки «повернення в дитинство», коли від близьких очікують материнської турботи і уваги.

Треба враховувати множинність патології у старих людей. Патологію цієї групи пацієнтів зазвичай порівнюють з айсбергом, в якого понад 6/7 площі приховано під водою. Скарги хворого відбивають лише вершину айсберга. Як правило, в одного пацієнта діагностують не менше ніж 5 захворювань. Найчастіше в різних поєднаннях трапляються: атеросклероз судин мозку і серця, гіпертонічна хвороба, емфізема легенів, рак легенів і органів травлення, шкіри, жовчнокам'яна хвороба, хронічний пієлонефрит, аденома передміхурової залози, остеохондроз, катаракта, глаукома, туговухість та ін.

Для захворювань характерні атиповість, згладженість перебігу. Основний принцип спілкування з такими пацієнтами — повага до особистості хворого, прийняття його таким, який він є, з усіма його фізичними і психічними недоліками (дратівливістю, часто слабоумством).

Треба пам'ятати, що гарний догляд і добрі стосунки в родині можуть значно поліпшити стан пацієнтів, повернути їм здоров'я.

Сімейна медсестра, організовуючи роботу з особами похилого і старечого віку, повинна:

- налагодити контакти в родині. Це дасть змогу зберегти бажання жити і бути здоровим;
- допомогти пацієнтам правильно організувати сон, оскільки міцний сон відновлює сили. Перед сном рекомендується прогулянка, тепле питво, короткочасне читання. Кімнату перед сном провітрюють, температура повітря має становити 18—20 °С, ковдра бути легкою, ліжко твердим;
- рекомендувати пристосування для опори під час ходьби, оскільки збільшується кількість нещасних випадків через зниження зору, слуху, порушення координації рухів, слабкості м'язів і остеопорозу. Виникають «старечі переломи»;
- радити використовувати креми на жирній основі, ретельно доглядати за ногами, адже стоншується шкіра і знижуються захисні сили організму;
- заохочувати пацієнтів бути акуратно одягненими, привабливими.

Реабілітація цієї групи пацієнтів складається з:

- ✓ медичної;
- ✓ функціональної;
- ✓ сімейно-побутової;
- ✓ трудової.

## Умови активного довголіття

Вирішальну роль у боротьбі за активне довголіття відіграє комплекс соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на охорону і зміцнення здоров'я з раннього віку. Провідне значення мають такі заходи:

- ✓ охорона навколишнього середовища;
- ✓ охорона праці;
- ✓ фізична культура;
- ✓ загартовування організму;
- ✓ підвищення санітарної культури;
- ✓ рання діагностика захворювань;
- ✓ диспансеризація;
- ✓ кваліфікована медична допомога.

**Праця** — найкращий стимул для активного і довгого життя. Більшість довгожителів активно трудяться протягом усього життя. Ще Гіппократ відзначав, що «ледарювання і нічого-нероблення — вірні супутники порочності і нездоров'я». Давньоримський лікар Корнелій Цельс говорив, що ледарство не зміцнює, а розслаблює тіло, веде до ранньої старості. Академік О.О. Богомолець у книзі «Продовження життя» писав, що «перший принцип розумного життя — це праця». Але слід пам'ятати, що праця має відповідати віку, бути розумно організованою, чергуватися з відпочинком.

**Рухова активність** є не лише засобом збереження здоров'я, а й профілактикою старіння. Про сприятливий вплив рухової активності К.Е. Цюлковський писав: «Я відчуваю після прогулянки і плавання, що молодію, а головне, що тілесними руками промасажував і освіжив свій мозок». Сприяє відновленню сил і правильно організований відпочинок. Відповідно до наукового обґрунтування І.П. Павлова, головний принцип відпочинку — зміна одного виду діяльності на інший. Якщо займав-

ся фізичною працею, — почитай, після розумової праці навантаж опорно-м'язовий апарат.

Істотно впливає на тривалість життя *раціональне харчування*. Вимоги до харчування людей похилого віку:

- помірність, тобто обмеження харчування в кількісному відношенні;
- біологічна повноцінність їжі за рахунок включення достатньої кількості вітамінів, біомікроелементів та ін.;
- антисклеротична спрямованість.

Європейська Асоціація Експертів пропонує 7 правил первинної профілактики атеросклерозу:

- 1) зменшення споживання жирів на 70 %;
- 2) зменшення в раціоні продуктів з насиченими жирами (червоне м'ясо, вершки, масло, яйця — можна одне на тиждень);
- 3) збільшення ненасичених жирів (олія, морська риба, птиця);
- 4) збільшення споживання клітковини (фрукти, овочі, каші);
- 5) замінити маргарин на олію;
- 6) знизити вживання солі;
- 7) використовувати часник, цибулю, виноград, каву.

На тривалість життя впливають *психологічні чинники*. Необхідно виховувати в собі і в близьких певний рівень соціально-психологічної комфортності, відчуття своєї необхідності в родині, трудовому колективі, суспільстві.

Грамотне відношення до старіння дає змогу кожному втручатися в процес і загальмовувати його.

## Особливості організації геріатричної допомоги на дільниці сімейної медицини

Медичні працівники під час організації геріатричної допомоги повинні пам'ятати, що їхнє головне завдання — це активізація рухливості літньої людини. Контакт із нею потребує більше часу, що необхідно враховувати при плануванні роботи медичної сестри з цією категорією пацієнтів. Крім того, сімейній медсестрі у роботі з хворими особами похилого і старечого

віку доводиться брати участь у заходах соціального характеру — контактувати із соціальними службами, без допомоги яких не можна організувати якісну допомогу старим людям. Насамперед це стосується самотніх і одиноких людей похилого віку, що позбавлені можливості самообслуговування і не бажають доживати свій вік у будинках-інтернатах.

Попри розвиток мережі будинків-інтернатів, соціальних центрів, санаторіїв і пансіонатів для людей похилого віку, обслуговування вдома є головною формою обслуговування осіб похилого і старечого віку.

Нині на тлі економічної, фінансової і політичної кризи, загальної тенденції до жорсткості стосунків між людьми почастишали випадки насильства над старими (насильство фізичне, сексуальне, психологічне, фінансове). У деяких родинах спочатку доглядають за старими, виявляючи щиру турботу і співчуття, згодом озлобляються, виявляючи зневагу до людини (її не годують, не купають, можуть привласнити пенсію, заощадження), стосунки ґрунтуються на глузуванні і приниженні. Сімейна медсестра повинна вміти побачити проблеми насильства, оцінити здатність пацієнта захищатися, підтримати безпеку і за потреби допомогти старій людині.

Варто підкреслити, що весь комплекс медичних і соціальних заходів треба спрямовувати на формування почуття незалежності людини похилого віку в родині і суспільстві, зміцнення її зв'язків з молодим поколінням, можливість збереження до глибокої старості почуття фізичної і психічної повноцінності, виключення самотності, розвиток почуття соціальної значущості.

## Тести

1. Пацієнтові 76 років. Відповідно до класифікації ВООЗ — це:

- а) середній вік;
- б) похилий;
- в) старий;
- г) старечий вік;
- г) довгожитель.

2. Кількість прожитих людиною років — це:

- а) календарний вік;
- б) біологічний вік;
- в) трудовий вік;
- г) тривалість життя;
- ґ) все неправильно.

3. Якщо біологічний вік випереджає календарний, це означає:

- а) відбувається передчасне старіння;
- б) іде природне старіння;
- в) іде уповільнене старіння;
- г) старіння не відбувається;
- ґ) усе перелічене правильно.

4. Які зміни органів травлення з'являються після 60 років:

- а) атрофія слинних залоз;
- б) пригнічення секреції шлунка;
- в) атрофується підшлункова залоза;
- г) знижується тонус жовчного міхура;
- ґ) усе, перелічене вище?

5. Рекомендації щодо харчування осіб похилого віку включають:

- а) зменшити споживання тваринних жирів;
- б) вживати червоне м'ясо;
- в) виключити птицю, рибу;
- г) заборонити часник, цибулю, каву;
- ґ) вершкове масло замінити на маргарин.

Еталони відповідей на тести

1 — г; 2 — а; 3 — а; 4 — г; 5 — а.

### Ситуаційні задачі

1. Хвора 72 років лікується в денному стаціонарі з приводу стенокардії. У неї відзначають зниження зору і слуху. Медсес-

тра принесла ліки і пояснила, як їх вживати. Хвора переплутала ліки, частина їх упала на підлогу. Оцініть дії медсестри.

2. На прийомі пацієнтка 62 років скаржиться сімейній медсестрі, що погано спить, удень почуває себе втомленою, розбитою. Говорить, що і грубку ввечері натопить, і ковдру пухову купила, і зарядку робить, а сон не йде. Дайте рекомендації пацієнтці.

3. Пацієнт К. 65 років страждає на гіпертонічну хворобу. Для зміцнення здоров'я вирішив зайнятися бігом. Просить поради в сімейної медсестри.

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Медсестра зробила неправильно. Треба було врахувати зниження зору і слуху в пацієнтки, імовірно зниження пам'яті. Потрібно, щоб хвора вживала ліки під контролем медсестри.

2. Не треба натоплювати грубку ввечері, оскільки оптимальна температура для сну — 18—20 °С. Зарядку слід перенести на ранковий час. Увечері порекомендувати прогулянку на повітрі. Перед сном варто випити склянку теплого молока або неміцного чаю.

3. З огляду на вік і наявність гіпертонічної хвороби біг краще замінити на ходьбу, прогулянки.

## БІЛЬ У ГОРЛІ. КАШЕЛЬ. ЛИХОМАНКА. КРОВОХАРКАННЯ

### Біль у горлі

Найчастіше біль у горлі спричинюють ангіна, хронічний тонзиліт, гострий і хронічний фарингіт, дитячі інфекції (дифтерія, скарлатина).

*Ангіна* — це інфекційне ураження піднебінних мигдаликів. Розрізняють катаральну, лакунарну, фолікулярну і флегмонозну ангіни. Діагноз установлюють на підставі симптомів:

- лихоманка з температурою тіла понад 38 °С;
- біль у горлі під час ковтання;
- підщелепний лімфаденіт;
- зміни загального аналізу крові — лейкоцитоз, зрушення формули вліво, збільшення ШОЕ;
- тривалість хвороби — 3—10 днів.

Огляд глотки: при катаральній ангіні спостерігають гіперемію і збільшення піднебінних мигдаликів і піднебінних дужок, при фолікулярній — нагнійні фолікули, при лакунарній — нальоти жовто-білого кольору, при флегмонозній — запалення з мигдаликів переходить на жирову клітковину. Найчастіше флегмонозна ангіна є ускладненням однієї з перелічених вище форм, з'являється біль у горлі, здебільшого односторонній. Ковтання настільки болюче, що хворі відмовляються від їжі. З'являється гугнявість голосу, тризм жувальних м'язів. Піднебінний мигдалик під час огляду зміщений донизу і до середньої лінії, набряклий. Якщо не розпочати активного лікування, може розпочатися паратонзиллярний абсцес.

*Хронічний тонзиліт* (табл. 29, 30) — це хронічне запалення піднебінних мигдаликів. В анамнезі часто трапляються ангіни. Збільшення піднебінних мигдаликів не відіграє провід-

ної ролі для встановлення діагнозу, оскільки мигдалики можуть бути як гіпертрофовані, так і атрофовані. Під час огляду мигдаликів спостерігаються спайки між піднебінними дужками і мигдаликами, гнійні пробки і гній у лакунах, з'являються захворювання органів, віддалених від мигдаликів (серця, нирок, суглобів).

**Хронічний фарингіт** — це хронічне запалення слизової оболонки глотки. Спостерігається біль під час ковтання слини («порожній ковток»), а проковтування води і їжі безболісне, хворий відчуває сухість, першіння в горлі, непродуктивний кашель. Під час огляду — гіперемія і набряклість задньої стінки глотки, наявність яскраво-червоних гранул при гіпертрофічному фарингіті і стоншення слизової — при атрофічному.

**Дифтерія глотки.** Звертати увагу на епіданамнез. Крім болю у горлі у хворих спостерігається лихоманка, під час огляду глотки — нальоти сіро-білого забарвлення, що щільно спаяні з прилеглими тканинами і кровоточать у разі спроби їх зняти. Запах з рота кисло-солодкий. Діагноз підтверджує бактеріологічне дослідження слизу із зіву.

Пацієнта з підозрою на дифтерію госпіталізують в інфекційну лікарню.

Сімейна медсестра повинна спостерігати контактних осіб в осередку (інкубаційний період становить 2—10 днів). Усіх контактних в осередку осіб досліджують на бацилоносійство (мазки із зіву і носа). Виявлених бацилоносіїв санують.

**Скарлатина** (табл. 31, 32). Звернути увагу на епіданамнез. Зів яскраво-червоний, палає, спостерігаються лімфаденіт, дрібноточкова висипка (найбільше — на згинальних поверхнях), що починає лущитися на 2-й тиждень.

Сімейна медсестра контролює лікування ізольованих у домашніх умовах пацієнтів (при тяжких формах їх госпіталізують), спостерігає за станом контактних осіб (інкубаційний період 2—12 днів), навчає проводити дезінфекцію в осередку.

#### Алгоритм «Забір мазків із носа»

**Мета:** забезпечити якісну підготовку до дослідження і своєчасне отримання результату.

**Підготовка:** інформувати і навчати пацієнта.

*Оснащення:* стерильні пробірки з ватними тампонами на дерев'яних або металевих паличках.

*Обов'язкова умова* — медсестра робить забір матеріалу в одязі за формою: у халаті, ковпаку, масці, рукавичках.

Етапи	Обґрунтування
1. Розтлумачити пацієнтові/члену родини зміст і необхідність майбутнього дослідження й отримати його згоду на дослідження	Забезпечити права пацієнта на інформацію, усвідомлену участь пацієнта в дослідженні
2. Пояснити пацієнтові свої дії	Психологічно підготувати пацієнта
3. Забір матеріалу в амбулаторних і стаціонарних умовах: лівою рукою підняти кінчик носа; правою рукою взяти стерильну паличку з ватним тампоном і обертливими рухами ввести в носовий хід на глибину 1,5—2 см, щільно торкаючись його стінок; помістити отриманий матеріал у стерильну пробірку; з іншої ніздрі взяти матеріал за тією самою технологією, використовуючи другу стерильну паличку і пробірку; підписати пробірки: права/ліва ніздря. <i>Примітка.</i> Забір мазків роблять при достатньому освітленні	Умови, що дають змогу правильно взяти матеріал.  Визначення локалізації патологічної флори
4. В амбулаторних і стаціонарних умовах: оформити направлення у бактеріологічну лабораторію; відправити матеріал у бактеріологічну лабораторію	Умови своєчасного і якісного дослідження

#### Алгоритм «Забір мазка із зів»

*Мета:* забезпечити якісну підготовку до дослідження і своєчасне отримання результату.

*Підготовка:* інформувати і навчати пацієнта.

*Оснащення:* шпатель, стерильні пробірки з ватними тампонами на дерев'яних або металевих паличках.

Обов'язкова умова — медсестра робить забір матеріалу в одязі за формою: у халаті, ковпаку, масці, рукавичках.

Етапи	Обґрунтування
1. Пояснити пацієнтові/члену родини зміст і необхідність майбутнього дослідження й отримати його згоду на дослідження	Забезпечити права пацієнта на інформацію, усвідомлену участь пацієнта в дослідженні
2. Пояснити пацієнтові свої дії	Психологічно підготувати пацієнта
<p>3. Перед забором матеріалу в амбулаторних і стаціонарних умовах з'ясувати, коли їв і пив пацієнт, оскільки матеріал беруть натще або не раніше ніж через 2 год після їди, пиття, полоскання горла.</p> <p>Забір матеріалу: попросити пацієнта широко відкрити рот; лівою рукою придавити шпателем корінь язика донизу і вперед; правою рукою обережно ввести стерильний ватний тампон і зняти наліт на межі ураженої ділянки (не торкатися язика і щік); помістити отриманий матеріал у стерильну пробірку.</p> <p><i>Примітка.</i> Забір мазків роблять під візуальним контролем при достатньому освітленні</p>	<p>Споживання їжі, пиття, полоскання частково видаляють мікрофлору.</p> <p>Умови, що дають змогу правильно взяти матеріал. На межі ураженої ділянки більше збудників</p>
4. В амбулаторних і стаціонарних умовах: оформити направлення у бактеріологічну лабораторію; відправити матеріал у бактеріологічну лабораторію	Умови своєчасного і якісного дослідження

## Кашель

Кашель посідає п'яте місце серед причин звертання за медичною допомогою до сімейного лікаря і становить 36,4 хворих на 1 тис. населення за рік.

*Кашель* — це захисно-рефлекторний акт, спрямований на виведення із бронхів і верхніх дихальних шляхів слизу, мокротиння, сторонніх предметів за допомогою різкого видиху при закритій голосовій щілині.

Рецептори кашльового рефлексу містяться у плеврі, трахеї і великих бронхах (блукаючий нерв), гортані (верхній гортанний нерв), зовнішньому слуховому проході (трійчастий нерв), у глотці (язико-глотковий і блукаючий нерв). Кашльовий центр розташований у довгастому мозку. Кашель буває і центрального походження. Спричинити кашель можуть різні подразники (хімічні, термічні, механічні) і запалення.

Кашель відрізняється за інтенсивністю (від покахикування до нападів із блюванням або знепритомненням), за наявністю або відсутністю мокротиння (вологий і сухий), розрізняють гострий і хронічний кашель.

Сухий кашель характерний для початку розвитку ларингіту, трахеїту, бронхіту, пневмонії. Він зазвичай гавкаючий, нападopodobний, поєднується із захриплістю голосу. Потім можуть з'явитися відчуття садіння у ділянці глотки, гортані, за грудниною (трахея).

Нападopodobний кашель може бути рефлекторним унаслідок потрапляння стороннього предмета, диму, отруйних речовин, при захворюваннях середостіння, аорти (аневризма), вадах серця (мітральний стеноз). Кашель може призводити до ядухи, ціанозу, знепритомнення.

Кашель із мокротинням характерний для бронхіту, пневмонії, гнійних захворювань легенів.

Необхідно з'ясувати, в який час доби з'являється кашель. Вечірній кашель характерний для бронхіту і астми, нічний у горизонтальному положенні — при збільшенні лімфатичних вузлів коренів легенів, хронічних захворюваннях носової частини глотки, хронічній лівошлуночкової недостатності.

Кашель, що триває понад 3 тиж і лікується звичайною терапією, є показанням до поглибленого обстеження пацієнта (рентгенологічне дослідження, бронхоскопія з біопсією).

Потрібно пам'ятати! Дихальна система за допомогою кашлю очищається від мокротиння, тому за наявності вологого кашлю небажано його пригнічувати, а доцільно використати засоби, що розріджують мокротиння для полегшення його евакуації. У разі непродуктивного кашлю можна рекомендувати протикашльові засоби, що пригнічують кашльовий центр (опіати, ненаркотичні протикашльові засоби).

Кашель спостерігається при низці захворювань і патологічних синдромів (див. схеми 9, 10).

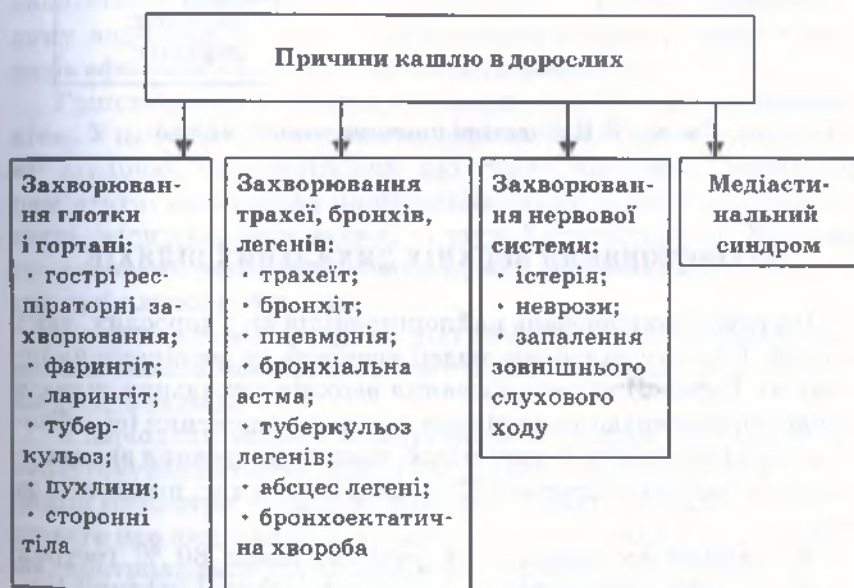


Схема 9. Причини кашлю в дорослих

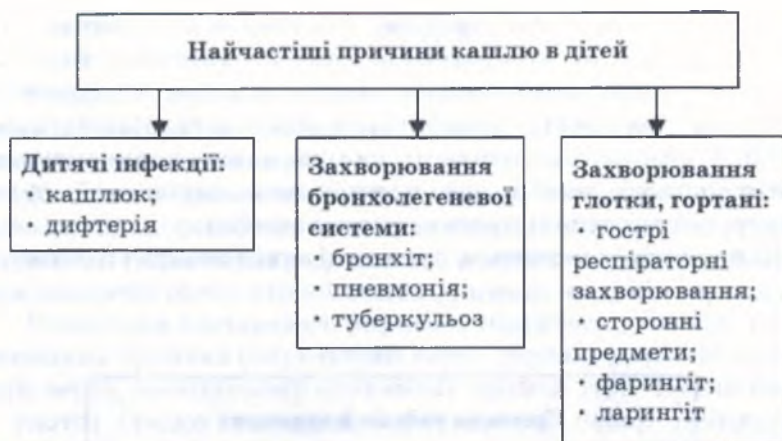


Схема 10. Найчастіші причини кашлю в дітей

## Захворювання верхніх дихальних шляхів

Ця група захворювань найпоширеніша як у дорослих, так і в дітей. Щороку мільйони людей хворіють на респіраторну інфекцію. Інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів за частотою звертання до лікаря загальної практики (сімейного лікаря) посідають перше місце, частота звертання за закордонними даними становить 123,2 хворих на 1 тис. населення за рік.

За даними американських учених, понад 80 % гострих респіраторних захворювань — наслідок вірусної інфекції (риновірус, аденовірус, вірус Коксакі, грип, парагрип), рідше зустрічаються вірус кору, вітрянки, бактеріальна інфекція (в Україні переважно — *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. epidermidis*, *S. saprofitis*).

Перелічені вище збудники можуть спричинити ураження всього респіраторного тракту (носові ходи, гортань, глотка, трахея, бронхи, бронхіоли й альвеоли).

*Звичайна застуда, або гостра респіраторна вірусна інфекція.* Хворі скаржаться на заложеність носа, чхання, виділення з носа (від прозорих до слизисто-гнійних), сухість у роті,

кашель, підвищення температури тіла, біль у горлі. Під час огляду — гіперемія слизової оболонки носа, глотки. Змін при дослідженні органів дихання не виявляють.

Рекомендується постільний режим, симптоматичне лікування (відпочинок, лікування гіпертермії, назальні спреї, краплі).

*Грип.* Початок гострий з високою температурою тіла, ознобом, сухим кашлем, головним болем, артралгією, загальною слабкістю. Змін у легенях немає. Тривалість захворювання — 4—7 днів. Рекомендується постільний режим, багато питва, анагетика, ремантадин або амантадин — 100 мг 2 рази всередину впродовж 10 днів (призначення протівірусних препаратів ефективно в перші години захворювання).

Грип може ускладнитися міокардитом, бронхітом, пневмонією. У цьому разі показана госпіталізація хворого в інфекційну лікарню. Спостерігаючи цю групу пацієнтів, необхідно пам'ятати: якщо після поліпшення стану знову з'явилися кашель, задишка, лихоманка, — шукай ускладнення. Хворому призначають загальний аналіз крові, рентгенографію органів грудної клітки (табл. 24).

*Профілактика* грипу на дільниці сімейної медицини має велике економічне значення, оскільки збитки від захворювання досить великі.

У період підвищеної захворюваності на грип і ГРВІ медичне обслуговування населення проводиться переважно вдома. Завдання медсестри — раніше виявити й ізолювати хворих, повідомити про них лікареві, активно обслуговувати пацієнтів удома, контролювати дотримання ними протиінфекційного і охоронного режиму та лікувальних призначень, пропагувати заходи особистої і громадської профілактики. Роботу на дільниці сімейної медицини варто влаштувати таким чином, щоб зменшити можливість поширення грипу — не створювати черг, окремо обслуговувати хворих з підвищеною температурою тіла.

Із профілактичною метою восени проводиться вакцинація проти грипу можливих вірулентних штамів. Вона зменшує ймовірність виникнення захворювання та знижує інтенсивність і тривалість інфекції.

Для профілактики грипу А2 можна призначати амантадин — 100—200 мг на добу на період епідемічного спалаху (2—

4 тиж). Застосувати препарат необхідно до появи перших ознак захворювання. В осередку проводять поточну і остаточну дезінфекцію (посуд обливають окропом, білизну виварюють).

**Гострий бронхіт** посідає 4-те місце за частотою звертання до лікаря загальної практики і характеризується кашлем зі слизистим або слизисто-гнійним мокротинням, лихоманкою. Під час пальпації і перкусії легенів змін не виявляють, під час аускультатії — спочатку жорстке дихання із сухими хрипами, потім з'являються вологі велико-, середньо- або дрібнопухирчасті хрипи залежно від рівня ураження бронхів. На рентгенівському знімку — без змін. Дослідження мокротиння не інформативне.

Хворі на гострий бронхіт зазвичай не потребують госпіталізації.

Лікування включає: рясне пиття до 2 і більше літрів, аскорбінова кислота — 500 мг 4 рази на добу, сорбенти (ентеросгель — 1 столова ложка 3 рази на добу), антигістамінні препарати, при гіпертермічному синдромі — нестероїдні протизапальні засоби (дітям краще в сиропі), відхаркувальні і муколітичні засоби (амброксол — 1 столова ложка 3 рази на добу, АЦЦ та ін.).

Якщо причина бронхіту — вірус, призначають антивірусні препарати (дітям застосування ремантадину та інших протівірусних препаратів обмежено за віком).

За наявності слизисто-гнійного або гнійного мокротиння, підвищенні температури тіла протягом декількох днів, вираженої інтоксикації, відсутності анамнестичних даних про вірусну етіологію призначають антибактеріальну терапію. Оскільки на сьогодні немає ефективних методів етіологічної експрес-діагностики гострого бронхіту в реальних умовах, початкова етіотропна терапія емпірична. Тому призначають препарати, ефективні проти більшості ймовірних збудників. Дітям рекомендують амінопеніциліни (амоксил після 10 років 250—500 мг 3 рази на день усередину, у 5—10 років — 250 мг 3 рази, 2—5 років — 125 мг 3 рази, до 2-х років — 20 мг/кг/добу), заміщені амінопеніциліни (амоксицилін/клавуланова кислота).

Дорослим і дітям з масою тіла понад 40 кг призначають амоксиклав у таблетках (375 мг 3 рази на добу), дітям від 3-х місяців і старше — сироп у добовій дозі 20 мг/кг за 2—3 вжи-

вання, до 3-х місяців — добова доза 30 мг/кг за 2 вживання. Термін призначення не повинен перевищувати 14 днів.

Сімейна медсестра має пояснити пацієнтам, що призначені антибіотики будуть ефективні тим, хто не палить.

Найчастіші причини хронічного кашлю в дорослих — синусити, хронічні обструктивні захворювання легенів, іноді кашлюк. У цьому разі за підозри на синусит призначають рентгенологічне дослідження або КТМ додаткових пазух носа, консультацію ЛОР-лікаря. Якщо титр на коклюш позитивний — призначають еритроміцин або інші макроліди.

*Хронічний бронхіт* становить 90 % усіх обструктивних захворювань легенів і є важливою проблемою для охорони здоров'я, адже останніми десятиліттями смертність від хронічних обструктивних захворювань легенів зростає на 28 %.

Нині у світі налічується 600 млн хворих на ХГЗЛ.

Хронічний бронхіт — це дифузне неалергійне запалення бронхів, яке проявляється кашлем з мокротинням або без нього, задишкою. Триває захворювання не менше ніж 2 роки, загострення становлять не менше 3-х місяців на рік.

Кашель спочатку турбує тільки під час пробудження, згодом виникає протягом дня (на холоді, під час прискореної ходьби, контакту з полутантами). Мокротиння небагато, за характером — слизисто-гнійне або гнійне під час загострення, виділяється вранці. Можуть бути напади кашлю, що закінчуються знепритомненнями. Задишка зазвичай з'являється в середньому на 10 років пізніше після кашлю. З прогресуванням захворювання розвивається дихальна недостатність, емфізема легенів.

Для підтвердження діагнозу оцінюють функцію зовнішнього дихання (спірометрія). Для діагностики важливе значення має оцінювання інтенсивності паління, виробничі шкідливості, бронхолегеневі захворювання в дитячому віці. На рентгенограмі — ознаки пневмосклерозу і емфіземи легенів.

Наявність бронхіальної обструкції підтверджується стійким зниженням обсягу форсованого видиху (ОФВ).

При лікуванні хронічного бронхіту важливо усунути зовнішні чинники хвороби: заборонити тютюнопаління, змінити професію, пов'язану із вдиханням пилу, газів, пари, санувати всі можливі вогнища інфекції в організмі (консультація ЛОР-лікаря, стоматолога, гінеколога тощо).

Таблиця 24. Диференціально-діагностичні симптоми грипу та інших гострих респіраторних захворювань

Ознака	Грип	Парагрип	Аденовірусна інфекція	Риносинцитіальна інфекція	Риновірусна інфекція	Мікоплазмозна інфекція
Інкубаційний період, дні	1—3	2—7	2—13	3—6	1—6	1—28
Початок захворювання	Раптовий, з ознобом	Поступовий	Поступовий, рідше гострий	Гострий або поступовий	Гострий	Поступовий
Зовнішній вигляд хворого	Одуртість, гіперемія обличчя, кон'юнктивіт	Звичайний, іноді кон'юнктивіт	Звичайний, іноді кон'юнктивіт	Звичайний, іноді блідість і кон'юнктивіт	Звичайний	Іноді кон'юнктивіт
Катаральні явища	Заложеність носа, виділення з 2—3-го дня	Виражений ларингіт	Виражена ринорея	Виражений бронхіт	Виражена ринорея	Фарингіт, бронхіт
Головний біль	+++	±	+	±	±	±
Біль в очах	+++	-	-	-	-	-
Біль у м'язах	+++	-+	-+	+	-	-+
Млявість, адинамія	+++	+	-+	-	-	-
Температура тіла	Висока з 1-го дня	Субфебрильна або нормальна	Висока тривала	Помірна	Субфебрильна або нормальна	Субфебрильна або нормальна

Продовження табл. 24

Ознака	Грип	Парагрип	Аденовірусна інфекція	Риносинцитіальна інфекція	Риновірусна інфекція	Мікоплазмозна інфекція
Нежить	±	+	++	++	+++	-+
Ларингіт	-	++	-	+	-	-
Геморагійний синдром	±	-	-	±	-	-

Примітка. (+) — наявність ознаки, (++) — більш виражена ознака, (+++) — яскраво виражена ознака, (±) — ознака зустрічається часто, (-+) — ознака, як правило, відсутня, (-) — відсутність ознаки.

Медикаментозне лікування — антибактеріальна терапія при загостренні, після того як визначили чутливість виділених із мокротиння мікроорганізмів. Краще вводити препарати ендобронхіально у вигляді аерозолів і парентерально. Призначають пролонговані сульфаніламідні препарати (бактрим, бісептол), бронхолітики (теопек, слофілін, атровент), у разі затяжного перебігу — імунокоректори (Т-активін, екстракт алое, настойка лимонника).

Госпіталізація показана лише в разі тяжкого загострення хвороби, наявності супутніх захворювань і неефективності амбулаторного лікування. Дуже важливо навчати пацієнтів — це відповідальний етап роботи сімейної медсестри. В навчальні програми для хворих входять питання про шкоду тютюнопаління, правила користування інгаляторами, спейсерами, небулайзерами. Пацієнти повинні опанувати правила самоконтролю, уміти оцінювати свій стан і вживати заходи невідкладної допомоги.

*Реабілітаційна терапія* залежить від ступеня тяжкості, визначають її індивідуально для кожного хворого, вона включає режим, лікувальну фізкультуру, фізіотерапевтичні процедури, психотерапію, режим харчування, санаторно-курортне лікування.

У разі неефективного кашлю пацієнтам рекомендують методику «контрольованого кашлю»: пацієнт повільно робить глибокий вдих, затримує дихання на кілька секунд і потім робить 2—3 кашльових поштовхи.

*Харчування* призначають таким чином, щоб нормалізувати масу тіла пацієнта (при ожирінні — гіпокалорійне, при зниженні маси тіла — калорійне харчування, при різкому зниженні до лікування додають анаболічні стероїди). Їжу вживати невеликими порціями, щоб зменшити навантаження на діафрагму. Показані фрукти, овочі.

Для поліпшення якості життя цих хворих важлива психотерапія, спрямована як на пацієнта, так і на його родину.

Для *санаторно-курортного* лікування в період ремісії рекомендовані кліматичні курорти, насамперед Південний берег Криму.

План обстеження диспансерного хворого включає спірометрію, рентгенографію, загальний аналіз крові, дослідження мокротиння.

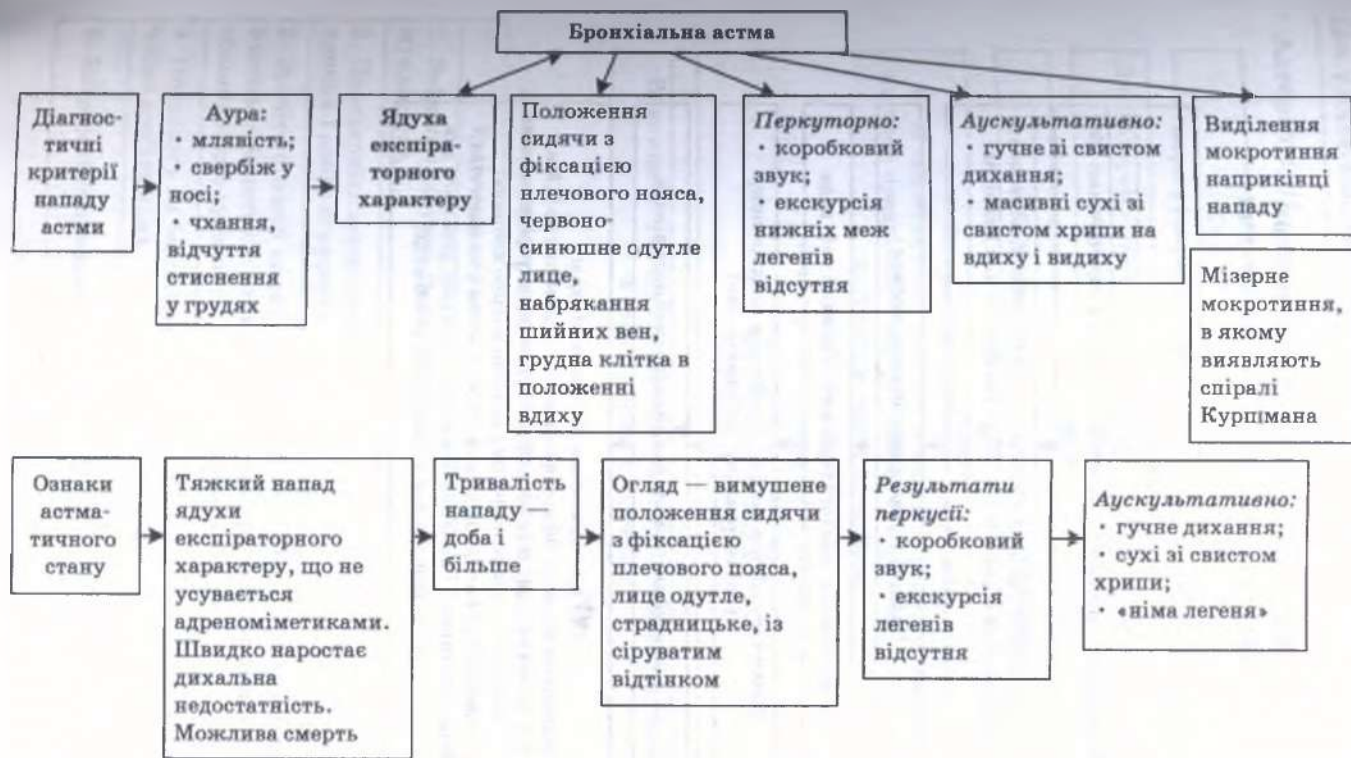
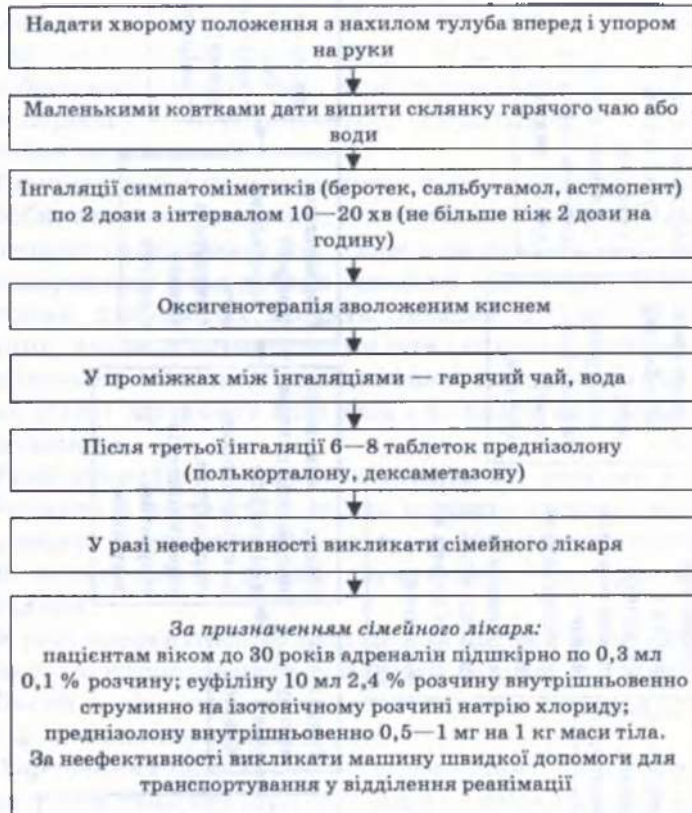
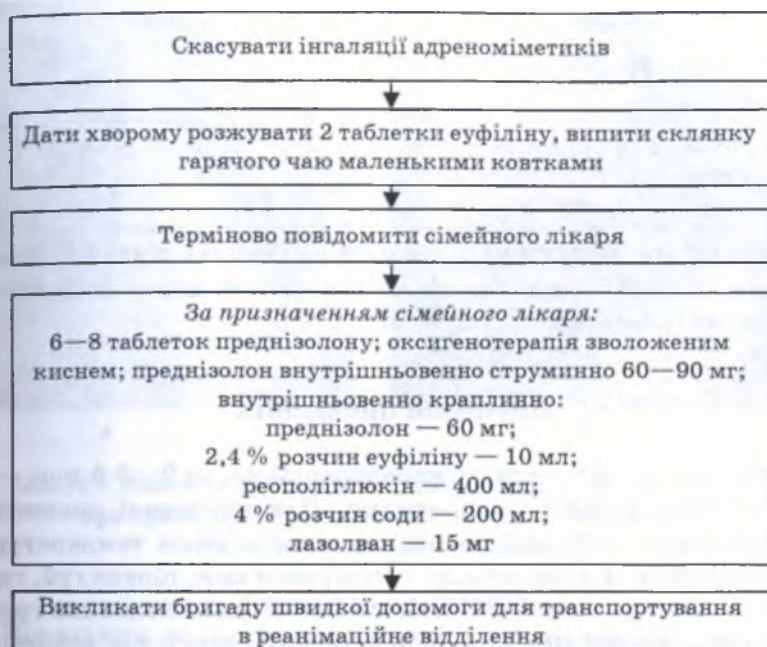


Схема 11. Бронхіальна астма

## Алгоритм дій сімейної медсестри під час вападу бронхіальної астми



### Алгоритм дій сімейної медсестри при астматичному статусі



### Алгоритм користування кишеньковим інгалятором

Етапи маніпуляції	Примітка
1. Зніміть захисний ковпачок з мундштука	
2. Переверніть аерозольний балончик і добре струсніть	
3. Зробіть повний видих. Помістіть мундштук у рот і щільно обхопіть його губами	Для підвищення ефективності препарату можна використовувати спейсер
4. Натисніть на балончик і одночасно зробіть вдих	Одноразові вдих і натискання важливі для надходження ліків
5. Затримайте дихання	Затримка дихання сприяє проникненню ліків у бронхи

Етапи маніпуляції	Примітка
6. Закрийте мундштук захисним ковпачком	
7. Наприкінці дня зніміть мундштук, промийте в теплій воді, висушіть його, поставте на місце	

**Увага!** Перевірити наповненість балончика ліками можна, опустивши його у воду: якщо він поринув на дно — то повний, плаває на поверхні — порожній.

### Крупозна пневмонія

Кашель спочатку сухий, нападopodobний, на 2—3-й день — з виділенням іржавого мокротиння. Для крупозної пневмонії характерний раптовий початок з підвищенням температури тіла, ознобом, під час огляду — гіперемія щік, ціаноз губ, герпетична висипка на обличчі, відставання однієї половини грудної клітки під час дихання, біль у грудній клітці, пов'язаний із диханням, фізикальні ознаки ураження відповідної частки легені (притуплення перкуторного звуку, посилення голосового тремтіння, бронхіальне дихання, у початковій стадії і стадії розрешення — крепітувальні хрипи). На рентгенівському знімку — затемнення частки легені (мал. 23).

При *грипозній пневмонії* спочатку починається нападopodobний сухий кашель, потім — з виділенням слизисто-гнійного мокротиння з домішкою крові (може бути одним з основних симптомів). Виражена інтоксикація. В анамнезі — перенесений грип або грип у членів родини, колег. При фізикальному обстеженні мало змін: можуть з'явитися вогнищеві притуплення перкуторного звуку, сухі і вологі дрібнопухирчасті хрипи. У загальному аналізі крові разом з лейкоцитозом можуть бути форми з лейкопенією, що мають тяжкий перебіг з різними загостреннями (колапс, набряк легенів, дихальна недостатність, кровохаркання). На рентгенівському знімку ознаки вогнищевої або інтерстиційної пневмонії.



а



б

Мал. 23. Пневмонія. Обмежене затемнення легеневого поля при правобічній пневмонії: а — пряма проекція, б — права бічна проекція

#### Лікування пневмоній

Показання до госпіталізації при позалікарняних пневмоніях (Американська торакальна асоціація):

- вік понад 65 років;
- наявність хронічних захворювань легенів (bronхоектази, фібрози), цукровий діабет, хронічна ниркова або серцева недостатність, хронічні захворювання печінки, підозри на аспірацію, порушення психічного статусу, зловживання алкоголем;
- деякі фізичні дані:
  - ЧДР понад 30 за 1 хв;
  - АТ систолічне менше ніж 90 мм рт. ст., АТ діастолічне менше ніж 60 мм рт. ст.;
  - температура понад 38,8 °С;
- лабораторні дані:
  - лейкопенія менше ніж  $4 \cdot 10^9/\text{л}$  або лейкоцитоз понад  $30 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
  - гемоглобін менше ніж 90 г/л;
  - креатинін більше ніж 1,2 ммоль/л;
  - тромбоцитопенія.

На весь період лихоманки призначають ліжковий режим, харчування малими порціями, калорійне, з великим умістом вітамінів.

Головне в лікуванні — *антибактеріальна терапія*. Переважають макроліди (кларитроміцин, мідекаміцин, цефалоспорины II і III покоління,  $\alpha$ -лактален (амоксиклав, бетаклав)). Протоколи лікування рекомендують 2—3 доби антибактеріальну терапію проводити парентерально (внутрішньовенно, внутрішньом'язово), а потім переходити на вживання препаратів усередину, що зменшує вартість лікування, не знижуючи його ефективності.

*Профілактика* пневмоній включає своєчасне лікування захворювань, які можуть ускладнитися пневмонією (бронхіти, назофарингеальні вогнища інфекції), методи профілактики грипу, дитячих інфекцій (кір, скарлатина), заходи щодо підвищення захисних сил організму, боротьбу зі шкідливими звичками (тютюнопалінням), загальнодержавні заходи (боротьба із загазованістю, запиленістю довкілля).

При *абсцесі легенів* під час його прориву в бронх може з'явитися сильний нападаподібний кашель з одночасним відділенням великої кількості гнійного мокротиння з неприємним запахом. Під час об'єктивного обстеження після прориву виявляють ознаки порожнини (тимпанічний звук під час перкусії, амфоричне дихання під час аускультатії). На рентгенівському знімку — порожнина з горизонтальним рівнем рідини, у мокротинні — еластичні волокна.

*Лікування*. Показано госпіталізацію. До лікування входить загальнозміцнювальна терапія, дренажування порожнини, антибактеріальна терапія, а в разі їх неефективності — хірургічне лікування.

*Профілактика*. Після виписування зі стаціонару хворий перебуває на диспансерному спостереганні. Його обстежують не менше ніж 3 рази на рік. Досліджують загальний аналіз крові, мокротиння, роблять флюорографію, за показаннями — бронхоскопію або бронхографію, призначають консультації отоларинголога, стоматолога. Перед призначенням антибіотиків проводять бактеріологічне дослідження мокротиння з визначенням його чутливості.

При *бронхоектатичній хворобі* кашель вологий, часом нападаподібний з відділенням великої кількості мокротиння, більше вранці. Діагноз підтверджується даними анамнезу (кашель упродовж багатьох років, періодичні підвищення температури тіла), деформацією нігтьових фаланг пальців рук, даними бронхографії, КТМ (мал. 24).

*Лікування.* За відсутності загострення радять свіже повітря, лікувальну гімнастику, калорійне харчування. Варто змінити професію, якщо вона пов'язана з перебуванням у запыленій атмосфері, можливістю переохолодження. При загостренні показано амбулаторне лікування, притяжкому загостренні — госпіталізація. Призначають антибіотики після визначення чутливості до них. Краще вводити антибіотики у вогнище ураження (ендобронхіально через бронхоскоп, у вигляді аерозолів).

Рекомендують лікування, що називається «дренаж положенням» (хворий займає положення, в якому мокротиння відходить найінтенсивніше) (мал. 25).

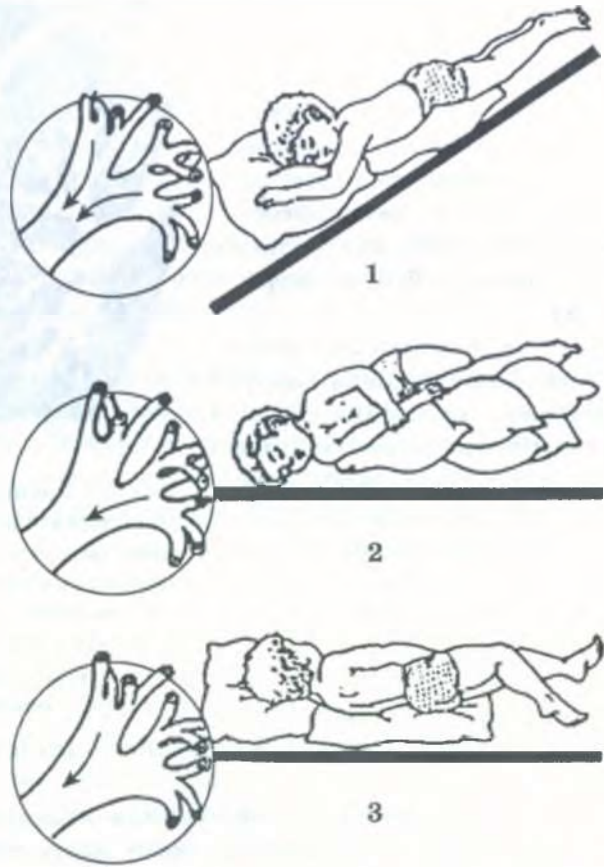
Під час лікування використовують бронхолітичні, відхаркувальні, муколітичні засоби. За неефективності консервативної терапії, частих ускладнень (кровохаркання, абсцес) і за умови ізольованого ураження однієї частки або декількох сегментів бажане хірургічне лікування. Протипоказання — дифузне ураження обох легенів, виражена дихальна недостатність, необоротні ураження внутрішніх органів.

*Профілактика* (див. абсцес легенів).

При *раку легенів* у 60 % пацієнтів нападаподібний непродуктивний кашель — один із перших симптомів. Пізніше з'являються кровохаркання, біль у грудях, задишка, періодично підвищується температура тіла, у більш пізній стадії



Мал. 24. Бронхограма лівої легені хворого із бронхоектазами. Визначається безліч розширень просвіту бронхів, а також нерівність контурів бронхів, їх фрагментарне заповнення



Мал. 25. Постуральний дренаж: 1 — обох головних бронхів; 2 — лівого головного бронха; 3 — правого головного бронха

з'являються фізикальні ознаки розвиненого ателектазу: приглушення перкуторного звуку, зникнення або ослаблення дихання, ослаблення голосового тремтіння.

Діагноз підтверджують дані рентгенологічного дослідження, КТМ, бронхоскопії з придільною біопсією, дослідження мокротиння на атипіві клітини. Хворого терміново направляють на консультацію до онколога для розв'язання питання про метод лікування (мал. 26).

При *туберкульозі легенів* кашель може бути сухий нападоподібний або супроводжуватися виділенням слизисто-гнійного мокротиння, кровохарканням, лихоманкою, нічним потінням. Діагноз підтверджують дані рентгенологічних досліджень, виявлення у мокротинні мікобактерій туберкульозу, у дітей велику роль відіграє туберкуліодіагностика (віраж туберкулінових проб). Хворого необхідно направити на консультацію до фтизіатра і у разі підтвердження діагнозу лікувати в спеціалізованому стаціонарі.

Потрапляння *сторонніх предметів* у бронх найчастіше трапляється в дітей, у дорослих у стані сп'яніння або психічно хворих. З'являються симптоми ядухи, болючий кашель, що нерідко супроводжується кровохарканням. При повному закупорюванні бронха з'являються симптоми ателектазу, через кілька днів може розвинутися картина перифокальної пневмонії.

Деякі сторонні предмети можна побачити на рентгеновському знімку. За найменшої підозри на аспірацію проводять бронхоскопію і намагаються повністю витягти сторонній предмет. Іноді в дітей сторонній предмет з верхніх дихальних шляхів і трахеї вдається витягти при положенні тіла «вниз головою».

Однією з ранніх ознак *медіастинального синдрому* (запалення або пухлинний процес у середостінні) є порушення в органах дихання внаслідок здавлення трахеї і великих бронхів. У хворих з'являється задишка і нападоподібний болючий кашлюкоподібний кашель, що супроводжується ціанозом, іноді блюванням, виділення мокротиння не характерно. Можуть з'явитися симптоми здавлення легеневої тканини (притуплення перкуторного звуку, вологі хрипи, симптоми здавлення нервових стовбурів: поворотного нерва (зміна голосу, афонія), блукаючого (брадикардія, екстрасистолія), діафрагмового нерва



Мал. 26. Бронхограма хворого з пухлиною лівої легені з ендобронхіальним ростом. Стрілкою позначений обрив заповнення бронха контрастною речовиною («кукса» бронха)

(гикавка, параліч діафрагми). Для уточнення діагнозу використовують рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. Загальний аналіз крові розгорнутий (діагностика лімфолейкозу) і визначення клітин Березовського—Штернберга при лімфогранулематозі. Очевидно, цим пацієнтам знадобиться консультація онколога, гематолога.

*Кашлюк* характеризується нападами кашлю з репризами, коли кашльові поштовхи йдуть один за одним, чергуючись із судомними вдихами. Напади найчастіше вночі. Лице одутле, синюшне, повіки припухлі, на шкірі і кон'юнктиві очей можуть бути крововиливи. Тривалість спазматичного періоду — до 8 тиж, потім настає період розрешення.

Діагноз підтверджує епідобстанова, бактеріологічне дослідження (посів слизу із зів'язу на живильне середовище, з другого тижня судомного періоду — серологічні дослідження крові: реакція аглютинації і реакція зв'язування комплементу (табл. 27, 28).

Таблиця 25. Шифр МКХ-1006.9. Назва нозологічної форми: Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів

Діагностичні дослідження і консультації	Лікувальні заходи	Реабілітаційні заходи	Протиепідемічні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I,II,III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік
Види і обсяги	Види і обсяги	Види і обсяги					Тривалість, критерії зняття
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Щоденне спостереження медичного працівника 2. Загальний аналіз крові 3. Загальний аналіз сечі на початку і наприкінці лікування (о) 4. Кал на я/г (о)	Ліжковий режим Імуномодуляторна терапія за показаннями Противірусна терапія. Антигістамінна терапія	Обмеження фізичних навантажень; уникнення переохолоджень; загальнозміцнювальна терапія	1. Терміново повідомити лікаря 2. Ізолювати хворого в окрему кімнату 3. Виділити окремий посуд 4. Дотримуватись санепідемічного режиму (щоденне воло-	II рівень: надання консультативно-методичної допомоги; контроль профілактичних заходів, проведення лабораторно-інструментальних обстежень. III рівень: лікування	Одужання — клінічне; — лабораторне	1. Тяжкі та ускладнені форми грипу 2. Діти віком до 3 років 3. Особи старшого та похилого віку з тяжкою сукупністю патологій 4 Особи, що проживають у гуртожитках та закладах закрито-	«Д»-облік проводять лише реконвалесцентам тяжких ускладнених форм грипу протягом місяця з повним клінічним і лабораторним обстеженням на 15-й та через день після закінчення хвороби. За наявності ускладнень — лікування у спеціалістів відповідного профілю

1	2	3	4	5	6	7	8
5. Глюкоза крові (о) 6. Кров на RW (о) 7. Рентгенографія ОГК при показаннях 8. ІФА для виявлення антитіл до вірусу грипу у парних сироватках з інтервалом 7 днів	Відхаркувальні засоби. Імуноглобулін		ге прибирання, кварцювання, м'ясковий режим) 5. Призначення стимуляторів ендогенного інтерферону контактним особам	тяжких та ускладнених форм; надання консультативно-методичної допомоги на I та II рівнях		го типу, де немає ізоляторів 5. Погіршення стану під час захворювання	

Таблиця 26. Фармакотерапія: ГРВІ

Назва фармгрупи препаратів	Код АТХ	Лікарські засоби (препарати вибору)	Добова доза, витрати на відвідування, процедуру	Тривалість призначення
1	2	3	4	5
A 11 вітаміни	A 11J препарати аскорбінової кислоти та комбіновані препарати, що її містять	Аскорутин 0,5 x 3 рази	1,5 x 3 рази	7—10 днів
R 01 засоби, що застосовують при захворюваннях порожнини носа	R 01 A — протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при лікуванні захворювань порожнини носа	Діазолін 0,1 др. 3 рази	0,3 др. 3 рази	7 днів
R 06 антигістамінні засоби для системного застосування	R 06 A антигістамінні засоби для системного застосування	Нафтизин по 3 краплі у кожную половину носа 4 рази на день	1 мл	3—5 днів
J 05 протівірусні засоби для системного застосування	J 01 A — протівірусні засоби прямої дії J01L J01Y	Протефлазид 5 x 3 рази на день або амізон 0,5 x 3 рази, рекомбінантний інтерферон по 2 краплі x 6 разів на добу в обидві ніздрі	0,3 x 3 рази 1,5 x 3 рази 1 мл	2 дні перорально на цукор або хліб двічі після їди
R 05 — засоби, що застосовують у разі кашлю та застудних захворювань	R 05 C — відхаркувальні препарати за винятком комбінації з протикашльовими засобами	Мукопан по 1 татблетці x 3 рази	1,0	5—6 днів

1	2	3	4	5
№ 02 анальгетики	№ 02 В інші анальгетики та антипіретики	Ацетилсаліцилова кислота 0,5 за температури вище від 38 °С	0,5 × 3 рази	За температури вище ніж 38 °С
J 03 — імуномодулятори	J 03 А — імуностимулятори	Протифлазид або амізон 0,5 × 3 рази	7—8 крапель × 3 рази	Протягом місяця
M 01 — нестероїдні протизапальні засоби	M 01 А	Індометадин або мефенамінова кислота	0,025 × 3 рази	5—7 днів

Примітка. Аналогічне лікування протягом 2 міс усім контактним та таким, що часто хворіють.

Таблиця 27. Шифр МКХ-10-А37.А37.1 Назва нозологічної форми: Кашлюк легкої і середньої тяжкості та паракашлюк (неускладнені)

Діагностичні дослідження і консультації	Лікувальні заходи	Реабілітаційні заходи	Протиепідемічні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік
Види і обсяги	Види і обсяги	Види і обсяги					Тривалість, критерії зв'язки
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Загальний аналіз крові 1 раз на 10 днів, (о) 2. Загальний аналіз сечі 1 раз на 10 днів, (о) 3. Кал на я/г (о) 4. Кров на RW (о) 5. Глюкоза крові (о) 6. Бактеріологічне дослідження слизу з носової частини глотки	1. Постійне вологе прибирання приміщень, аерація приміщень, перебування на свіжому повітрі 2. Антибіотикотерапія 3. Вітамінотерапія 4. Імунотерапія 5. Протикашльові засоби	Загальноозміцнювальна терапія, обмеження роботи в шкідливих хімічних та фізичних умовах терміном до 3 міс	Невідкладне повідомлення. Санітарно-просвітня робота. Виявлення та обстеження контактних осіб. Ізоляція хворого на 25 днів від останнього контакту, дворазове бакобстеження з інтервалом в 1 день усіх контактних	II рівень: корекція лікування, що проводиться. Надання дозволу на зняття карантину. Надання консультативно-методичної допомоги. Лікування тяжких та ускладнених форм	Одужання клінічне, бактеріологічне	1. Тяжкі форми 2. Тяжкі форми з ускладненням 3. Наявність у хворого тяжких супутніх хронічних захворювань дихальних шляхів, артеріальна гіпертензія, епілепсія,	Диспансерному спостереженню не підлягає

1	2	3	4	5	6	7	8
дворазово через день методом кашльових плівок Bordetella Pertussis 7. Рентгенографія легенів за показаннями			осіб, у колективах — та членів сім'ї, які працюють в організованих колективах. У разі позитивного результату бакобстеження провести повторне обстеження через 7—14 днів до отримання негативного результату			схильність до судом 4. Діти раннього віку до 2 років 5. Соціально незахищені хворі	

Таблиця 28. Фармакотерапія: Кашлюк, паракашлюк

Назва фармгрупи препаратів	Код АТХ	Лікарські засоби (препарати вибору)	Добова доза, витрати на відвідування, процедура	Тривалість призначення
<p>J 01 — антибактеріальні засоби для системного використання</p> <p>R 05 — засоби, що застосовуються в разі кашлю та застудних захворювань</p> <p>A 11 — вітаміни</p> <p>R 06 — антигістамінні засоби для системного захворювання</p> <p>RO3</p>	<p>J 01 Ф — макроліди та лінкозаміди</p> <p>R 06 A — антигістамінні засоби для системного захворювання</p> <p>A 11 B — полівітамінні комплекси без добавок</p> <p>R 05 C — відхаркувальні засоби, за винятком комбінації з протикашльовими засобами</p> <p>RO3C</p>	<p>Еритроміцин 0,5 x 2 рази</p> <p>Діазолін 1 x 3 рази</p> <p>Полівітаміни 1 ін. x 3 рази</p> <p>Бромгексин по 2 таблетки x 3 рази</p>	<p>1,0</p> <p>0,3</p> <p>3 др.</p> <p>6</p>	<p>8—10 днів</p> <p>10 днів</p> <p>25 днів</p> <p>10 днів</p>

Таблиця 29. Шифр МКХ-10-J03.9. Назва нозологічної форми: Тонзиліти, ангіни (легкі, середньотяжкі, неускладнені форми)

Діагностичні дослідження і консультації	Лікувальні заходи	Реабілітаційні заходи	Противірусні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік
Види і обсяги	Види і обсяги	Види і обсяги					Тривалість, критерії зняття
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Бактеріоскопічне дослідження слизу з ротової частини глотки протягом 2 год від початку звертання (о) 2. Бактеріологічне дослідження слизу із зівна і носа на коринєбактерії, гриби, патофлору, менінгокок (0) 3. Консультація ЛОР-спеціаліста (о)	1. Антибіотикотерапія — 7 днів. 2. Десенсибілізувальні препарати — 7 днів 3. Застосування слабкодезінфекційних препаратів, вітамінотерапія, іму	Хто часто хворіє 1. Загальноозміщувальні процедури 2. Імуномодулювальна терапія 3. Біцилінотерапія Біцилін — 3—1,2 млн в/м	Ізоляція хворого, дотримання правил особистої гігієни. Виділення індивідуального посуду, посів з ротової частини глотки і носа контактним на коринєбак-	II рівень: бакобстеження, контроль за запобіганням ускладнень, надання консультативної медичної допомоги, диспансерне спостереження III рівень:	Повне клінічне одужання	Тяжкі форми захворювання, декретовані хворі з тяжкою супутньою патологією, підозра на дифтерію, лікування всіх форм хвороби за несприятливої ситуації в разі	На протязі 1 міс після закінчення лікування з проведенням медичного огляду, аналіз крові, сечі, ЕКГ на 1-му і 3-му тижні після закінчення етіотропної терапії. За наяв-

Продовження табл. 29

1	2	3	4	5	6	7	8
4. Ревмопроби (о) 5. ЕКГ на початку і після закінчення лікування (0) 6. Загальний аналіз крові, сечі, 2 рази на початку і наприкінці лікування — глюкоза крові, кал на я/г (о) 7. У разі складної епідеміологічної ситуації захворювання на дифтерію щоденне спостереження лікаря, кров на РНГА для виявлення антитоксичного протидифтерійного імунітету з інтервалом у 7—10 днів (о)	номодулювальна терапія	4. Після закінчення лікування оберігання від переохолодження	терію і патологічну флору	лікування тяжких та ускладнених форм, лікування всіх хворих у період несприятливої ситуації на дифтерію		дифтерії, проява ускладнень	ності ускладнень — лікування у відповідного спеціаліста

Таблиця 30. Фармакотерапія: Тонзиліт

Назва фармгрупи	Код АТХ	Лікарські засоби (препарати вибору)	Добова доза, витрати на лікування	Тривалість призначення
J 01 Антибактеріальні засоби для системного застосування R 06 Антигістамінні засоби для системного застосування D 08 Протимікробні засоби місцевої дії	J 01 C Бета-лактамі антибіотики, пеніциліни Можна замінити: J 01 F-Макроліти та лінкозаміди R 06 A Антигістамінні засоби для системного застосування D 08 A Антисептичні та дезінфекційні засоби	Ампіокс 0,5 x 4 рази 1 млн x 4 рази, еритроміцин — 0,5 таблетки x 4 рази  Діазолін 0,01 x 3 рази або супрастин, тавегіл, септефрил, розчин фурациліну 1 : 5000, розчин ротокану	4—6 млн 2 г x 4 р  1 таблетки x 4 рази під язик, через 1 год полоскати	7 діб 7 діб 5—7 діб  5 діб 3—5 днів

Таблиця 31. Шифр МКХ-10-A38. Назва нозологічної форми: Скарлатина (легка і середньотяжка форми, неускладнені)

Діагностичні дослідження і консультації	Лікувальні заходи	Реабілітаційні заходи	Протиепідемічні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік
Види і обсяги	Види і обсяги	Види і обсяги					Тривалість, критерії зняття
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Загальний аналіз крові та загальний аналіз сечі на початку хвороби і при одужанні 1 раз (о) 2. Кал на я/г — 1 раз (о) 3. Глюкоза крові — 1 раз (о) 4. Кров на RW — 1 раз (о)	1. Режим ліжковий 2. Дієта № 10—15 3. Десенсибілізувальна терапія 4. Вітамінотерапія 5. Антибактеріальна терапія 6. За показаннями жарознижувальні препарати	— Уникати переохолоджень; — обмежити фізичні навантаження; — реконвалесцентів допускати в школу і на роботу через 12 днів, після закінчення години ізоляції — імуномодулювальна терапія	1. Подання термінового повідомлення 2. Ізоляція хворого не менше ніж до 10-го дня від початку хвороби в разі зникнення всіх	II рівень: — контроль за дотриманням карантину та допуску останніх до роботи; — надання консультативної допомоги; III рівень: — лікування ускладнених форм	Клінічне і лабораторне одужання	1. Діти до 1 року, дорослі з тяжкими та ускладненими формами хвороби 2. Хворі з тяжкими супутніми хворобами 3. Вагітні 4. Хворі похилого віку та соціально	Диспансерне спостереження не проводять, рекомендовано огляд лікаря загальної практики 1 раз на місяць протягом 6 міс з проведенням загальноклінічних аналізів крові, сечі, калу та ЕКГ

1	2	3	4	5	6	7	8
<p>5. Мазки з носової частини глотки на патофлору — 1 раз</p> <p>6. ЕКГ на початку і наприкінці хвороби</p> <p>7. Флюорографія</p> <p>8. Огляд акушера-гінеколога — 1 раз на рік для жінок</p> <p>9. Огляд чоловіків віком понад 45 років урологом та проктологом — 1 раз на рік</p>			<p>ознак хвороби — в окремій кімнаті</p> <p>3. Виділення хворому окремого посуду, предметів догляду</p> <p>4. Огляд здійснювати, дотримуючись маскового режиму</p> <p>5. Карантин в осередку встановлюється на 7 днів з моменту ізоляції хворого</p>			<p>незахищені групи хворих</p> <p>5. Хворі, які проживають у несприятливих санітарно-побутових умовах</p>	

Таблиця 32. Фармакотерапія: Скарлатина

Назва фармгрупи	Код АТХ	Лікарські засоби (препарати вибору)	Добова доза, витрати на відвідування, процедури	Тривалість призначення
<p>I 01 — антибактеріальні засоби для системного застосування</p> <p>R 06 — антигістамінні засоби для системного застосування</p> <p>A 11 — вітаміни</p> <p>N 02 — анальгетики</p>	<p>I 01 C — бета-лактамі антибіотики, пеніциліни</p> <p>R 06 A — антигістамінні засоби для системного застосування</p> <p>A 11 B — полівітамінні комплекси без добавок</p> <p>N 02 B — інші анальгетики та антипіретики</p>	<p>1. Пеніцилін 1 млн × 4 рази в/м</p> <p>2. Діазолін — 1 драже × 3 рази</p> <p>3. Ревіт 1 драже × 3 рази</p> <p>4. Ацетилсаліцилова кислота при лихоманці 0,3 × 3—4 рази</p>	<p>6—4 млн на добу</p> <p>0,3 на добу</p> <p>3 драже на добу</p> <p>1,0—1,5/добу при лихоманці понад 38 °C</p>	<p>5—7 днів</p> <p>5—7 днів</p> <p>До 10 днів</p> <p>2—3 дні при лихоманці, головному болю</p>

## Лихоманка

У повсякденній практиці дільниці сімейної медицини є категорія хворих з лихоманкою, причина якої тривалий час залишається нез'ясованою. Подібні пацієнти зумовлюють чималі клінічні і деонтологічні проблеми: нез'ясованість діагнозу, затримання лікування на невизначений термін, економічні витрати через широкий спектр проведеного обстеження, часто дороге і тривале перебування в стаціонарі.

### Визначення і типи лихоманки

*Лихоманка* — це універсальна неспецифічна захисно-приспосувальна реакція організму на різні подразники. Головне значення надають ендогенному пірогену, що діє на центр терморегуляції. Це білок, що продукується переважно макрофагами, моноцитами, нейтрофілами і менше — еозинофілами. Ендогенний піроген діє на центр терморегуляції через біологічно активні речовини (простагландини, біогенні аміни та ін.). До стимулювальних чинників ендогенного пірогену належать бактерії, віруси, антигени, токсини, імунні комплекси, сенсибілізовані Т-лімфоцити, деякі види пухлин (рак, лімфогранулематоз, лейкоз, лімфоми та ін.).

Лихоманка іноді виникає при механічному подразненні структур мозку (крововиливи, пухлина), при порушенні функції центральної нервової системи (термоневроз, нейроциркуляторна дистонія), при ендокринних порушеннях (клімакс), після споживання великої кількості їжі, великих фізичних напружень, під час перебування в спекотних приміщеннях, у молодих жінок з астеничним синдромом.

Захисно-приспосувальний характер лихоманки зводиться до мобілізації організму проти патогенного агента. Підвищення температури тіла активізує фагоцитоз, продукування антитіл мобілізує лейкоцити; вироблення інтерферону, стероїдних гормонів погіршує умови життєдіяльності патогенної флори. Тому зниження підвищеної температури тіла при багатьох станах недоцільне.

Температура тіла для кожної людини є величиною більш-менш постійною. У нормі в пахвовій ямці в дорослих вона становить  $36,5\text{—}37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , у дітей залежно від віку — на  $0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$  вище. У ротовій порожнині і прямій кишці температура вища на  $0,5\text{—}1\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Протягом доби вона коливається в межах  $0,5\text{—}0,8\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Найнижчою вона буває між 3-ю і 6-ю годинами ранку, найвищою — між 17-ю і 21-ю годинами вечора. Зазвичай температуру тіла вимірюють 2 рази на добу (7—8-а година ранку і 17—19-а година вечора), за потреби — кожні 3 год. Іноді пацієнтів просять вимірювати температуру 2 рази на добу протягом 7—10 днів, щоб визначити тип лихоманки.

Лихоманки бувають:

- за рівнем підвищення температури:
  - субфебрильна ( $37\text{—}38\text{ }^{\circ}\text{C}$ , у дітей —  $37,2\text{—}38\text{ }^{\circ}\text{C}$ );
  - помірна ( $38,1\text{—}39\text{ }^{\circ}\text{C}$ );
  - висока ( $39,1\text{—}40\text{ }^{\circ}\text{C}$ );
  - дуже висока ( $40,1\text{—}41\text{ }^{\circ}\text{C}$ );
  - гіперпіретична (понад  $41\text{ }^{\circ}\text{C}$ );
- за характером температурної кривої:
  - постійна (*febris continua*) — добові коливання температури не перевищують  $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Така лихоманка спостерігається при ревматизмі, пневмонії;
  - ремітивна лихоманка (*f. remittens*) характеризується повторними періодами ослаблення, добові коливання температури понад  $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Часто трапляється при вогнищевій пневмонії, туберкульозі, черевному тифі, гнійних захворюваннях;
  - переміжна (*f. intermittens*) — у межах доби чергуються періоди нормальної і підвищеної температури тіла;
  - виснажлива, або гектична (*f. hectica*) — добові коливання температури тіла —  $2\text{—}4\text{ }^{\circ}\text{C}$ , падіння до норми і нижче, часто супроводжується виснажливим потінням. Зустрічається при тяжкій формі туберкульозу, сепсисі, інфекційному ендокардиті;
  - оборотна лихоманка (*f. inversa*) — схожа на виснажливу, але температура тіла в ранкові години вища від вечірньої (сепсис, бруцельоз, системний червоний вовчак);

- неправильна лихоманка (*f. irregularis*) — неправильні різноманітні добові коливання температури тіла. Спостерігається при ревматизмі, туберкульозі, сепсисі;
- поворотна лихоманка (*f. recurrens*) — характеризується чергуванням періодів лихоманки і нормальної температури (поворотний тиф, малярія);
- хвилеподібна лихоманка (*f. undulans*) — періоди підвищення і зниження температури тіла (лімфогранулематоз, бруцельоз).

Лихоманка характеризується не лише підвищенням температури, а і почастішанням пульсу, дихання, зниженням апетиту.

Швидке підвищення температури тіла до високих цифр характерне для крупозної пневмонії, часто супроводжується ознобом. До швидкого спаду температури можуть додаватися рапне потіння, падіння артеріального тиску.

### Допомога сімейної медсестри дітям при гіпертермічному синдромі

Гіпертермічний синдром може виникнути при виснаженні компенсаторних механізмів організму. Особливо часто це трапляється в дітей із захворюваннями серцево-судинної і дихальної систем. При гіпертермічному синдромі в дітей можуть розвинутися судоми, аритмія, ДВЗ-синдром.

Невідкладна допомога включає фізичні методи (обтирання, прикладання холоду до голови, прохолодна ванна) у поєднанні з медикаментозними засобами. На сьогодні відповідно до рекомендацій ВООЗ жарознижувальні препарати призначають, якщо ректальна температура перевищує 39 °С. У педіатричній практиці перевагу надають парацетамолу та ібупрофену:

парацетамол (сироп, свічки) 10—15 мг/кг, за потреби вводять 4 рази на добу;

ібупрофен (сироп, свічки) 5—10 мг/кг.

Сімейна медсестра повинна оцінити стан дитини до огляду лікаря і застосувати фізичні методи. На першому етапі — це обтирання водою кімнатної температури (не рекомендуються розчини оцту, спирту). Після огляду сімейним лікарем при-

значають медикаментозні засоби (жарознижувальні, антибактеріальні та ін.)

### Алгоритм «Допомога при лихоманці»

**Мета:** надання допомоги пацієнту в різні періоди лихоманки.

**Показання:** лихоманка — загальна пристосовна реакція організму на вплив здебільшого інфекційного агента, виражається в зміні теплової регуляції з накопиченням тепла і підвищенням температури тіла. Підвищення температури тіла на 1 °С прискорює ритм серця на 10 ударів.

Дихання при лихоманці частішає паралельно до підвищення ритму серцевих скорочень і температури тіла.

Оскільки температура відбиває ступінь реактивності хворого організму, вона може бути цінним показником його стану в боротьбі з інфекцією.

Під час лихоманок здебільшого розрізняють три стадії, і обсяг догляду за пацієнтом залежить від тієї або іншої стадії лихоманки.

**I стадія** — наростання температури тіла (короткочасне), характеризується переважанням теплопродукування над теплорегуляцією. Приготуйте: грілку; рушник; одну або дві ковдри; поїльник; судно; мінеральну воду (морс, соки) без газу.

Основна проблема пацієнта — озноб, біль у всьому тілі, головний біль, імовірний ціаноз (синюшність) губ.

Послідовність дій. Створити спокій, укласти в ліжку, до ніг прикласти грілку, добре вкрити, напоїти міцним свіжозавареним чаєм.

Контролювати фізіологічні відправлення в ліжку.

Не залишайте пацієнта одного! Не допускайте протягів!

Багато встановити індивідуальний пост. Якщо це неможливо, медсестра зобов'язана часто підходити до пацієнта і контролювати гемодинамічні показники (пульс, АТ, ЧСС, ЧДР та ін.). З появою змін у бік погіршення вона повинна негайно викликати лікаря!

Чим вища температура тіла і більші її коливання, то сильніше виснажується пацієнт. Щоб підвищити опірність організму

му і поповнити енергетичні втрати, необхідно годувати пацієнта висококалорійною і легкозасвоюваною рідкою або напіврідкою їжею, 5—6 разів на добу, не більше, малими порціями.

Як дезінтоксикаційний (зниження концентрації і виведення з організму токсичних речовин) засіб вживають багато рідин у вигляді мінеральної води, соків, морсу.

**II стадія** — максимального підйому температури тіла (період розпалу).

Приготуйте: міхур з льодом; рушник; тонометр із фонендоскопом; поїльник; судно. Послідовність дій. За змогою організуйте індивідуальний пост. Повідомте лікаря про зміни стану пацієнта. Контролюйте гемодинамічні показники. Приберіть ковдру і вкрийте пацієнта простирадлом. Використовуйте примочки до периферійних судин і міхур з льодом на голову. Провітрюйте приміщення, уникайте протягів. Доглядайте за порожниною рота, носа та іншими органами пацієнта. Допмагайте хворому під час фізіологічних відправлень, проводьте профілактику пролежнів.

**III стадія** — період зниження температури.

Може перебігати по-різному, оскільки температура тіла може знижуватися критично, тобто різко з високих цифр до низьких (наприклад від 40 до 37 °С), що часто супроводжується стрімким падінням судинного тону, що виявляється різким зниженням АТ до 80/20 мм рт. ст. і появою ниткоподібного пульсу, підвищеною пітливістю (гіпергідроз), граничною слабкістю, блідістю шкірних покривів.

Такий стан пацієнта називається *колапсом* і потребує від медичного персоналу термінових заходів.

Поступове зниження температури тіла з високих цифр до норми (нижче від норми) називається літичним зниженням температури тіла (лізис).

#### Алгоритм дій медсестри в разі критичного зниження температури

Терміново всіма доступними способами повідомити про те, що сталося, лікареві, організувати надання допомоги пацієнтові.

У жодному разі не залишайте пацієнта одного.

Швидко заберіть у нього з-під голови подушку, підніміть ножну частину ліжка на 20° або використайте підручні засоби (ковдри, подушки та ін.).

Положення пацієнта повинне бути горизонтальним, з піднятими ногами.

До рук і ніг пацієнта прикладіть грілки, обгорнені рушником.

Використовуйте зволожений водою кисень.

Контролюйте гемодинамічні показники.

Правильно доповідайте лікуючому або черговому лікарю про стан пацієнта.

Виконуйте призначення лікаря (підшкірно кордіамін, кофеїн, мезатон, норадреналін).

Після виведення пацієнта з такого стану витріть його насухо, змініть вологу натільну і постільну білизну.

Забезпечте подальший догляд за пацієнтом (гарячий солодкий чай та ін.).

Контролюйте призначений лікарем режим рухової активності пацієнта.

Забезпечте чергування персоналу протягом доби.

Створіть пацієнтові умови для тривалого глибокого сну.

**Пам'ятайте!**

Як правило, після зниження температури пацієнт швидко засинає, і будити його для годування тощо не варто!

Пацієнта необхідно будити лише для вживання медикаментозних засобів, як через рот, так і парентерально.

Температуру тіла вимірюють термометром, що називається максимальним: піднявшись до вищого показника, стовпчик ртуті або спирту не може знизитися, для цього термометр необхідно струснути до оцінки 35 °С.

Відділення \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_

ІІВ пацієнта \_\_\_\_\_

Лікарський діагноз \_\_\_\_\_

Година початку реалізації плану \_\_\_\_\_

Година закінчення реалізації плану \_\_\_\_\_

**Протокол**  
до плану догляду при гарячковому стані — СД-VIII

Випорожнення	Дата			
Температура тіла: зранку/ввечері				
Кількість випитої рідини: ранок; день; вечір				
Випорожнення				
Кількість сечі за добу				
Кількість спожитої їжі: 1-й сніданок; 2-й сніданок; обід; вечеря				
Режим активності				
Маса тіла				
Потрібна допомога в самогляді: так; ні				
Підпис медсестри				

Підсумкова оцінка \_\_\_\_\_

Підпис медсестри \_\_\_\_\_

### Діагностичний пошук при пропасному синдромі на дільниці сімейної медицини

Перший етап діагностичного пошуку при лихоманці починається на дільниці сімейної медицини. Він містить збирання анамнестичних даних, первинний огляд, лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові, сечі;
- рентгенографія органів грудної клітки;
- ЕКГ;
- деякі біохімічні дослідження крові (білірубін, трансамінази, білки і білкові фракції).

Необхідно звернути увагу на додаткові клініко-лабораторні ознаки, які разом з лихоманкою можуть спостерігатися у хворого. Із цією метою потрібно ретельно оглянути шкіру, слизові оболонки, суглоби, провести пальпацію лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, аускультацию серця, легенів.

Гострі захворювання інфекційного і запального походження перебігають зазвичай з лихоманкою протягом 2—3 тиж і характеризуються локальними змінами в органах і системах (органи дихання, серце, нирки). У цих випадках встановити діагноз легко.

Якщо є зміни, виявлені під час обстеження органів дихання, необхідно виключити пневмонію, туберкульоз і абсцес легенів, емпієму плеври, бронхогенний рак.

## Синусити

*Синусити* — це одна з можливих причин лихоманки. Частота звертання до лікаря загальної практики становить 34,8 на 1 тис. населення за рік.

Трапляється запалення однієї або декількох приносних пазух: верхньощелепної (гайморит), комірок гратчастого лабіринту (етмоїдит), фронтальної (фронтит) і основної (сфеноїдит). Ураження всіх пазух з одного боку — гемісинусит, усіх пазух — пансинусит. Запалення може бути серозним і гнійним. Їх спричинюють інфекції, віруси, що проникають у пазухи риногенним, одонтогенним, гематогенним шляхом, іноді — під час травмування. Крім лихоманки хворих турбує біль у місці патологічного процесу, що нерідко іррадіює у лоб, тім'я, скроню, зуби верхньої щелепи, вухо, потилицю. Пальпація доступних стінок пазухи болюча, м'які тканини набряклі. При передній риноскопії — гіперемія і набряклість слизової оболонки середнього носового ходу, виділення гною у вигляді смужки з-під середньої носової раковини. З додаткових методів для підтвердження діагнозу використовують УЗД, рентгенографію додаткових пазух у різних площинах, КТМ, лікувально-діагностичні проколи уражених пазух з вимиванням патологічного вмісту і введенням лікарських речовин.

**Протокол  
до плану догляду при гарячковому стані — СД-VIII**

Випорожнення	Дата			
Температура тіла: зранку/ввечері				
Кількість випитої рідини: ранок; день; вечір				
Випорожнення				
Кількість сечі за добу				
Кількість спожитої їжі: 1-й сніданок; 2-й сніданок; обід; вечеря				
Режим активності				
Маса тіла				
Потрібна допомога в самогляді: так; ні				
Підпис медсестри				

Підсумкова оцінка \_\_\_\_\_

Підпис медсестри \_\_\_\_\_

### Діагностичний пошук при пропасному синдромі на дільниці сімейної медицини

Перший етап діагностичного пошуку при лихоманці починається на дільниці сімейної медицини. Він містить збирання анамнестичних даних, первинний огляд, лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові, сечі;
- рентгенографія органів грудної клітки;
- ЕКГ;
- деякі біохімічні дослідження крові (білірубін, трансамінази, білки і білкові фракції).

Необхідно звернути увагу на додаткові клініко-лабораторні ознаки, які разом з лихоманкою можуть спостерігатися у хворого. Із цією метою потрібно ретельно оглянути шкіру, слизові оболонки, суглоби, провести пальпацію лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, аускультацию серця, легенів.

Гострі захворювання інфекційного і запального походження перебігають зазвичай з лихоманкою протягом 2—3 тиж і характеризуються локальними змінами в органах і системах (органи дихання, серце, нирки). У цих випадках встановити діагноз легко.

Якщо є зміни, виявлені під час обстеження органів дихання, необхідно виключити пневмонію, туберкульоз і абсцес легенів, емпієму плеври, бронхогенний рак.

## Синусити

*Синусити* — це одна з можливих причин лихоманки. Частота звертання до лікаря загальної практики становить 34,8 на 1 тис. населення за рік.

Трапляється запалення однієї або декількох приносних пазух: верхньощелепної (гайморит), комірок гратчастого лабіринту (етмоїдит), фронтальної (фронтит) і основної (сфеноїдит). Ураження всіх пазух з одного боку — гемісинусит, усіх пазух — пансинусит. Запалення може бути серозним і гнійним. Їх спричинюють інфекції, віруси, що проникають у пазухи риногенним, одонтогенним, гематогенним шляхом, іноді — під час травмування. Крім лихоманки хворих турбує біль у місці патологічного процесу, що нерідко іррадіює у лоб, тім'я, скроню, зуби верхньої щелепи, вухо, потилицю. Пальпація доступних стінок пазухи болюча, м'які тканини набряклі. При передній риноскопії — гіперемія і набряклість слизової оболонки середнього носового ходу, виділення гною у вигляді смужки з-під середньої носової раковини. З додаткових методів для підтвердження діагнозу використовують УЗД, рентгенографію додаткових пазух у різних площинах, КТМ, лікувально-діагностичні проколи уражених пазух з вимиванням патологічного вмісту і введенням лікарських речовин.

## Лихоманка в поєднанні зі сечовим синдромом

Див. таблиці 34—36.

За наявності лихоманки із сечовим синдромом насамперед слід виключити гострий пієлонефрит або загострення хронічного, туберкульоз нирок. Сечовий синдром може спостерігатися при сепсисі, інфекційному ендокардиті, системному червоному вовчаку. Сімейна медсестра повинна пояснити пацієнтові, як правильно підготуватися і провести забір сечі для різних досліджень (загальний аналіз сечі, дослідження сечі за Нечипоренком, Амбурже, проба Зимницького).

*Гострий пієлонефрит* становить 30 % ниркових хворих у молодому віці (до 45 років), у 3—5 разів частіше хворіють жінки, після 60 років — частіше чоловіки. Хворі скаржаться на біль у поперековій дільниці, частіше однобічний, лихоманку, що супроводжується ознобом, при дослідженні визначають зміни в сечі: протеїнурія (від слідів до 1—3 г/л), лейкоцитурія (при гнійному — піурія), бактеріурія. Рентгенологічне дослідження, УЗД нирок дає змогу виявити аномалії розвитку нирок, сечокам'яну хворобу, нефроптоз та ін.

*Хронічний пієлонефрит (ХП)*. Під час загострення клініка може бути такою, як у гострого пієлонефриту. Можливе приєднання набрякового (одутлість лица, пастозність і набряклість повік) і гіпертензивного синдрому.

Обстеження: ЗАС, аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким (табл. 33), на активні лейкоцити, посів сечі на мікрофлору, ступінь бактеріурії і чутливість до антибіотиків, аналіз сечовини і креатиніну крові, УЗД нирок, КТМ, рентгенологічні методи дослідження (екскреторна урографія, за показаннями — ретроградна пієлографія).

*Етапи лікування хворого на ХП:*

- госпіталізація бажана в період загострення (нефрологічне або терапевтичне відділення, денний стаціонар). Антибактеріальну терапію призначають тривалими курсами (по 1,5—2 міс з 2-тижневими перервами) відповідно до чутливості мікроорганізмів до антибіотиків, крім нефротоксичних (поліміксин, тетрацикліни). З раціону виключити гострі страви, алкоголь. З появою ознак ниркової недостатності обмежити білок;

- після виписування зі стаціонару — амбулаторне лікування на дільниці сімейної медицини. Триває безперервний або переривчастий курс вживання антибактеріальних препаратів, які змінюють кожні 7—10 днів;
- для етапу санаторно-курортного лікування при первинному пієлонефриті можна рекомендувати Трускавець (мінеральні води). Санаторно-курортне лікування проти-показане у разі значного порушення функції нирок і високого артеріального тиску.

Диспансерне спостереження здійснюють на дільниці сімейної медицини. Контрольне обстеження хворих на ХП в активній фазі бажано проводити 1 раз на місяць, у разі латентного перебігу — 1 раз на 3 міс, у фазі ремісії — 2 рази на рік. Обстеження включає загальний аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким, креатинін крові, огляд очного дна окулістом, ЕКГ. Хворих з латентним перебігом без ниркової недостатності зараховують у II групу здоров'я, з короткими фазами ремісії — у III групу, хворих з порушеннями уродинаміки й ознаками ниркової недостатності — у IV і V групи диспансерного спостереження. Профілактичне лікування призначають навесні і восени.

Таблиця 33. Збирання сечі за методом Зимницького

Послідовність	Зміст	Примітка
Позначка	Визначення концентраційної і видільної функції нирок	
Показання	Призначення лікаря	
Протипоказання	Немає	
Підготувати необхідно	8 сухих чистих флаконів ємністю 250—400 мл з кришками, етикетки	
Алгоритм виконання	Психологічно підготуйте пацієнта до виконання маніпуляції, отримайте згоду на проведення дослідження. Попередьте пацієнта, щоб о 6 год ранку він звільнив сечовий міхур	

Послідовність	Зміст	Примітка
	Поясніть пацієнтові, що до 6 год ранку наступного дня він збирає сечу послідовно у 8 флаконів. Кожні 3 год він мочиться у відповідні ємкості один або декілька разів. Уночі медична сестра повинна будити пацієнта кожні 3 год. Якщо не вистачає об'єму одного флакона, видайте додатковий із зазначенням номера порції. Уранці наступного дня все відправте в лабораторію, також треба відправити незаповнені флакони.	За добу до обстеження лікар відміняє сечогінні препарати. Денні порції збирають з 6.00 до 18.00 год
Заповнити документацію	Оформіть направлення. Зробіть позначку про виконання процедури	

#### Оцінювання результатів дослідження

У нормі денний діурез становить 2/3 або 3/4 добового.

Питома вага різних порцій сечі коливається в значних діапазонах (1003—1030), коливання між порціями — не менше ніж 10 одиниць.

Добовий діурез у нормі становить приблизно 1,5 л, тобто 70—75 % кількості випитої пацієнтом рідини.

#### Підготовка пацієнтів до збирання сечі для загального клінічного аналізу

**Мета підготовки:** забезпечити вірогідність результату.

Етапи	Обґрунтування
1. Поясніть пацієнтові мету дослідження і отримайте його згоду	Забезпечити право пацієнта на інформацію, усвідомлену участь його в дослідженні
2. Поясніть пацієнтові мету і хід майбутньої підготовки до дослідження	Забезпечити вірогідність результату дослідження
3. а) в амбулаторних умовах: навчити пацієнта правил підготовки посуду для збирання сечі: скляна банка і кришка повинні бути вимиті содою (без мила!);	Забезпечити вірогідність результату дослідження і свідому участь пацієнта в дослідженні

Етапи	Обґрунтування
<p>б) в амбулаторних і стаціонарних умовах: навчіть пацієнта техніці гігієнічної процедури (підмивання) уранці, напередодні дослідження: теплою водою з милом у напрямку від сечівника до промежини з наступним підсушуванням серветкою в тому самому напрямку (якщо в пацієнтки на цей час менструація, порадьте їй закрити отвір піхви ватно-марлевым тампоном);</p> <p>в) навчіть пацієнта техніки збирання сечі для дослідження: уранці, після гігієнічної процедури розпочати сечовипускання в унітаз на рахунок "1, 2", потім затримати сечовипускання, відкрити банку і зібрати в неї 100—200 мл сечі (за потреби варто завершити сечовипускання в унітаз), закрити банку кришкою</p>	<p>Виключити потрапляння еритроцитів у сечу зі статевих шляхів</p> <p>Забезпечити необхідну кількість сечі для дослідження і вірогідність результатів</p>
<p>4. Попросіть пацієнта повторити всю отриману від вас інформацію (якщо пацієнт важко навчається — забезпечте його письмовою інструкцією)</p>	<p>Забезпечити впевненість сестринського персоналу в ефективності навчання пацієнта</p>
<p>5. а) в амбулаторних умовах: дайте пацієнтові направлення на дослідження сечі, заповнивши його за формою; поясніть пацієнтові, куди і в який час він або його близькі повинні принести ємність із сечею і направлення;</p>	
<p>б) в умовах стаціонару: поясніть пацієнтові, де він повинен залишити ємність із сечею і кому сповістити про це</p>	<p>Забезпечити своєчасну доставку матеріалу в лабораторію</p>

Забір сечі за *Нечипоренком* проводять як забір сечі на загальний аналіз, але в будь-який час доби. Визначається кількість лейкоцитів і еритроцитів в 1 л сечі. У нормі еритроцитів — до  $1 \cdot 10^6$ /л, лейкоцитів — до  $4 \cdot 10^6$ /л. Лейкоцитурія свідчить про запальний процес у нирках або сечових шляхах. Збільшення кількості «активних» лейкоцитів свідчить про загострення пієлонефриту (табл. 34). Гематурія характерна для гломерулонефриту.

### Діагностичний пошук при тривалій лихоманці

Особливо ретельно збирають діагностичну інформацію: перенесені захворювання, умови праці, побуту, контакт із тваринами, птахами, вживання медикаментів, токсичних речовин (наркотики, алкоголь), поїздки за кордон, перебування в епідеміологічно несприятливих районах.

Для виключення *тифо-паратифозних захворювань і малярії* призначають дослідження крові на гемокультуру, реакцію Відаля, РСК, досліджують товсту краплю (малярія), антитіла до ВІЛ-інфекції.

Не можна забувати про можливість *штучної лихоманки* (порушується співвідношення між лихоманкою, частотою пульсу і диханням, лабораторні показники не змінені). Причини: маніпуляції з термометром, вживання йоду на цукрі, введення під шкіру або в сечові шляхи пірогенних речовин. У цих випадках температуру вимірюють у присутності сімейної медсестри двома термометрами одночасно протягом 10 хв у пахвових ямках.

Крім того, у 3—5 % хворих можливий розвиток *ятрогенної лихоманки*, що пов'язано із застосуванням деяких лікарських препаратів, які можуть спричинити гіперчутливість і алергічну реакцію (кропив'янка, набряк Квінке, ураження шкіри тощо). Ця лихоманка зникає після відміни медикаментів через 1—2 дні, іноді — через 1—2 тиж. Найчастіше лихоманка виникає при вживанні антибактеріальних засобів (пеніциліни, цефалоспорини, нітрофурани, сульфаніламід), цитостатиків, йодумісних, протизапальних (аспірин, ібупрофен та ін.) препаратів.

Таблиця 34. Шифр МКХ-10 N11. Назва нозологічної форми: Цистонефрит хронічний

Діагностичні показники і інструменти		Лікувальні заходи		Редіаційні заходи		Препаратна заход	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показники декомпенсації	Дослідницькі аспекти	
Види і обсяги	Частота	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість					Тривалість	Критерії ефективності
<p>Діагностичний обсяг: 2-кратний пробіра, аналіз сечі за Нечипоренком, пробіра сечі на флору і чутливість до антибіотиків, загальний аналіз крові, анізот у крові чоловіка, креатиніну, трансаміназ, електролітів, УЗД нирок, моніторинг АТ двічі на добу</p> <p>Консультація гінеколога (ф), уролога (ф), окулиста (ф)</p> <p>Обсяг дистанційного моніторингу: загальний аналіз сечі чи аналіз сечі за Нечипоренком, загальний аналіз крові, щоденний контроль АТ</p> <p>Консультація нефролога (с)</p>	<p>Двічі</p> <p>Одноразово</p> <p>1 раз на 7 днів до нормалізації аналізів</p> <p>1 раз на 6 міся</p>	<p>Препарати — діуретики, антибіотики, сечов'язальні речовини, при бактеріурії — 2 курси антибіотиків чи антибіотиків, сульфадиметоксиду згідно з даними антибіотикограми, фітотерапія, фізіотерапія, протиземні препарати</p>	<p>До 1 міся</p> <p>За показаннями</p>	<p>Радіальноне протиземне лікування, санаторно-курортне лікування</p>	<p>Усунути</p>	<p>Спадні захворювання хронічної інфекції</p>	<p>I, II, III</p>	<p>Нормалізація стану хворого, аналізів крові, сечі, АТ</p>	<p>За наявності ознак загострення (дихотомія, істотна лінійна південна чи позитивна лінійна амбулаторного лікування — госпіталізація в спеціалізований стаціонар</p>	<p>Усунути</p>	<p>Нормальні аналізи крові, сечі, відсутність загострень понад 6 років</p>

При поєднанні лихоманки з *суглобово-кістково-м'язовим синдромом* необхідно обстежити хворого на ревматизм, ревматоїдний поліартрит (УЗД серця, ЕКГ, ревмопроби, виявлення ревматоїдного чинника в крові, рентгенографія суглобів), системного червоного вовчака (LE-клітини крові), бруцельоз (серологічні дослідження крові, епіданамнез).

Якщо лихоманка доповнюється *лімфаденопатією*, необхідно виключити інфекційний мононуклеоз, лейкози, лімфогранулематоз, у чому допоможуть загальний розгорнутий аналіз крові, стерильна пункція, пункція лімфатичних вузлів.

Якщо лихоманка поєднується зі *збільшенням печінки і селезінки*, необхідно виключити сепсис (посів на стерильність), малярію, активний хронічний гепатит (печінкові проби, маркери вірусів і антитіла до них), абсцес і рак печінки (УЗД, біопсія печінки).

Поєднання лихоманки з *анемією* можливе при апластичній, гемолітичній, B<sub>12</sub>-дефіцитній анеміях, раку шлунка, кишок, нирок.

Лихоманка в поєднанні із *симптомами ураження травного каналу* характерна для нагнійних процесів у черевній порожнині (піддіафрагмові, підпечінкові, міжкишкові та ін. абсцеси). Для діагностики призначають УЗД, КТМ, діагностичну лапароскопію. Можливі пухлини різної локалізації (шлунок, кишки, печінка, підшлункова залоза). Для підтвердження діагнозу призначають ендоскопічні методи (фіброгастроскопія, колоноскопія, ректороманоскопія), УЗД органів черевної порожнини. Завдання сімейної медсестри — підготувати пацієнтів до різних методів обстеження.

Якщо діагноз у пацієнта з лихоманкою на дільниці сімейної медицини сформулювати не вдалося, необхідно організувати додаткові дослідження з індивідуальних показань (наприклад, вірусологічні та ін.), консультації суміжних фахівців, консилиум висококваліфікованих лікарів. За потреби хворого направляють у діагностичний центр або переводять у більш кваліфікований медичний заклад.

Таблиця 35. Шифр МКХ-ГО N02. Назва нозологічної форми: Сечовий синдром нез'ясованого походження

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи		Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії багачого результату	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік	
Види і обсяги	Частота	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість					Тривалість	Критерії зняття з нього
Діагностичний обсяг: загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, 2-я порційна проба, добля протейурія, загальний аналіз крові, вміст сечовини, креатиніну, загального білка, холестерину, трансамінази в крові, УЗД нирок, внутрішньованеврографія, консультація уролога(в), гінеколога(с)	Одноразово	Дієтотерапія, гіпотензивні препарати, діуретики	За потреби				I, II, III	Уточнення діагнозу, нормалізація показників крові, сечі	Погіршення стану хворого і (або) лабораторних показників	Залежно від уточненого діагнозу	Нормальні показники крові, сечі протягом 2 років

Таблиця 36. Шифр МКХ-10 N30. Назва нозологічної форми: Цистит

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи	
Види і обсяги	Частота	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість
Діагностичний обсяг: 2-а порційна проба, аналіз сечі за Нечипоренком, добова протеїнурія, посів сечі на флору і чутливість до антибіотиків, загальний аналіз крові	Двічі	Дієтотерапія, щадний або постільний режим, питний режим, антибіотики чи сульфаніламід широкого спектра з урахуванням нефротоксичності і шляхів виведення (нітрофурантоїн, чи офлоксацин, чи норфлоксацин, чи амоксиклав, чи бісептол); фітотерапія	5—7 днів		
Уміст у крові сечовини, креатиніну, трансаміназ, УЗД нирок, сечового міхура, консультація гінеколога(о), уролога(о)	Одноразово	За відсутності позитивної динаміки протягом 96 год — направлення у спеціалізований стаціонар або зміна антибактеріального препарату			
Обсяг диспансерного моніторингу: загальний аналіз сечі чи аналіз сечі за Нечипоренком, загальний аналіз крові	1 раз на півріччя				

Продовження табл. 36

Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік	
				Тривалість	Критерії зняття з нього
Раціональне працевлаштування (виключення переохолоджень)	I, II, III	Нормалізація загального стану хворого, аналізів сечі і крові	Неефективність терапії амбулаторно, погіршення стану хворого	Від 5 років	Відсутність загострень протягом 5 років

## Кровохаркання

**Кровохаркання** — це виділення крові або мокротиння з прожилками, згустками крові об'ємом до 5 мл, вогнищем якого є респіраторний тракт. Кровохаркання може бути при деяких захворюваннях і патологічних синдромах (схема 12).



Схема 12. Причини кровохаркання

На першому етапі необхідно визначити вогнище крововтра-ти (носова частина глотки, нижні відділи дихальної системи, травний канал) (табл. 37).

Таблиця 37. Диференціальна діагностика джерела кровотечі при КХ

Респіраторна систе- ма (справжнє КХ)	Травна система (криваве блювання)	Кровотеча з носової час- тини глотки
Відкашлюється кров або прожилки крові	Кров виділяється під час блювання	Кров виділяється че- рез ніс або відплю- вується через рот

Респіраторна система (справжнє КХ)	Травна система (криваве блювання)	Кровотеча з носової частини глотки
Відкашлювання крові відбувається в будь-який час доби	Відкашлювання крові можливе при її аспірації під час блювання (тобто після кривавого блювання)	Відкашлювання крові можливе вранці при її аспірації під час сну — «несправжнє КХ»
Червона кров або прожилки крові	Частіше кров темно-червоного, іноді коричневого кольору — вигляду кавової гущі	Червона, рідше — темна венозна кров
Основна реакція крові	Кисла реакція крові	Основна реакція крові
Частина виділеної крові — піниста	Піниста кров не виділяється	Піниста кров не виділяється
Наявність в анамнезі патології легенів або захворювань, що супроводжуються легеневою гіпертензією	Наявність в анамнезі виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки, хвороб печінки	Наявність в анамнезі патології носової частини глотки, носових кровотеч
Перед початком КХ може з'явитися відчуття подразнення або булькання в горлі	Перед початком кривавого блювання можливі гіпотонія, слабкість, знепритомнення	Перед початком кровотечі можливий солоний присмак у роті
Виникає на тлі відсутності скарг на респіраторний тракт або при декомпенсації захворювань ССС	Часто наявні болючий і диспепсичний синдроми	Болючий синдром відсутній
Немає порушень випорожнення	Часто супроводжується меленою	Немає порушень випорожнення
КХ триває від декількох годин до декількох днів	Криваве блювання найчастіше короткочасне і сильне	Найчастіше кровотеча короткочасна, помірної інтенсивності

На другому етапі з'ясовують, чи загрозна для життя пацієнта крововтрата в цю хвилину (виміряти пульс, артеріальний тиск, кількість подихів за 1 хв), якщо так — терміново розпочати гемостатичну терапію.

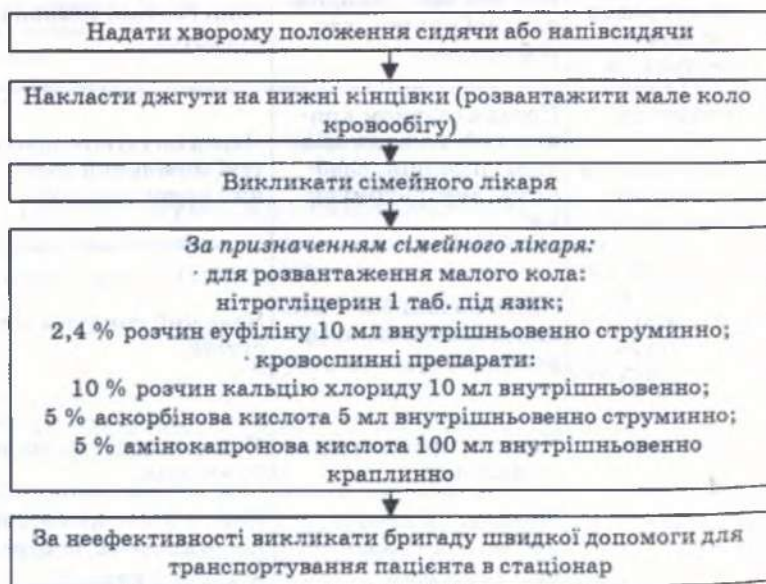
За підозри на захворювання глотки і гортані призначають фаринго- і ларингоскопію, консультацію ЛОР-лікаря.

За підозри на рак і туберкульоз — обстеження, як описано вище (див. розділ "Кашель").

Якщо можливою причиною кровохаркання є патологія серцево-судинної системи — потрібно призначити ультразвукове дослідження серця. Для діагностики геморагічних діатезів оцінити загальну кількість тромбоцитів (у нормі —  $200-300 \cdot 10^9/\text{л}$ ), час зсідання крові за Лі-Вайтом (норма — 5—10 хв) і час кровотечі (норма 4—5 хв). За підозри на пневмококіоз ураховують дані анамнезу (робота пов'язана з вдиханням пилу), дані рентгенівського дослідження легенів.

Сімейна медсестра повинна пам'ятати, що кровохаркання може ускладнитися легеневою кровотечею, що потребує невідкладної допомоги.

#### Алгоритм дій сімейної медсестри при легеневій кровотечі



Таблиця 38. СН-VI. Стандартний план навчання пацієнта у разі потреби збирання мокротиння (Результати навчання реєструвати в протоколі до плану СН-VI)

Проблеми	Позначка	Сестринські втручання
Не володіє достатніми навичками при збиранні мокротиння	Оволодіти необхідними навичками збирання мокротиння без сторонньої допомоги до виписування зі стаціонару	<p>Напередодні збирання мокротиння для аналізу навчити пацієнта правил збирання мокротиння доступними для пацієнта темпами.</p> <p>Звернути увагу на те, щоб:</p> <p>а) збирання мокротиння проводилося вранці натще, коли воно накопичується в бронхах у великій кількості;</p> <p>б) перед збиранням мокротиння порожнину рота потрібно старанно прополоскати 2 % розчином питної соди, розчином фурациліну (1 : 5000) або 0,01 % розчином калію перманганату;</p> <p>в) після полоскання рота хворий, відкашлюючись, збирає в суху чисту плявальницю (чи чисту банку) 3—5 мл мокротиння;</p> <p>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;</p> <p>г) зібране мокротиння потрібно доставити в лабораторію не пізніше ніж через 2 год після збирання.</p> <p>При виникненні в пацієнта запитань дати на них вичерпну відповідь.</p> <p>Тяжкохворим допомогти зібрати мокротиння можуть близькі чи родичі.</p> <p>Для визначення добової кількості мокротиння хворому виділяють суху чисту посудину великого об'єму з щільною кришкою без дезінфекційного розчину</p>

## Тести

1. Причинами кашлю можуть бути:

- а) захворювання глотки і гортані;
- б) захворювання трахеї, бронхів;
- в) захворювання легенів;
- г) істерія;
- г) усе, перелічене вище.

2. Кашель із відділенням «іржавого» мокротиння характерний для:

- а) ларингіту;
- б) фарингіту;
- в) гнійного бронхіту;
- г) крупозної пневмонії;
- г) абсцесу легені.

3. Вибрати обстеження для хворого з непродуктивним кашлем протягом місяця:

- а) загальний аналіз крові;
- б) загальний аналіз сечі;
- в) рентгенографія органів грудної клітки, бронхоскопія;
- г) загальний аналіз мокротиння;
- г) бронхографія.

4. Наявність у мокротинні спіралей Куршмана, кристалів Шарко—Лейдена характерне для:

- а) гострого бронхіту;
- б) бронхіальної астми;
- в) абсцесу легені;
- г) пневмонії;
- г) гангрені легені.

5. Пацієнт скаржиться на біль у горлі. Під час огляду: задня стінка глотки набрякла, гіперемована. Який найімовірніший діагноз:

- а) ангіна;
- б) фарингіт;
- в) ларингіт;

- г) трахеїт;
- г) бронхіт?

6. Дитина скаржиться на біль у горлі. Під час огляду: на мигдаликах грязно-сірий наліт, що важко знімається, кровоточить. Який найімовірніший діагноз:

- а) ангіна;
- б) фарингіт;
- в) ларингіт;
- г) дифтерія;
- г) хронічний тонзиліт?

7. Мати викликала сімейну медсестру до дитини віком 5 років. Під час огляду: температура тіла 37,8 °С, зів яскраво-гіперемований, нальотів немає, пальпуються шийні лімфатичні вузли, на згинальних поверхнях кінцівок — дрібноточкова висипка. У групі були подібні захворювання. Який найімовірніший діагноз:

- а) грип;
- б) гострі респіраторні захворювання;
- в) ангіна;
- г) дифтерія;
- г) скарлатина?

8. Специфічна профілактика грипу — це:

- а) ізолювання хворих;
- б) спостереження за контактними особами;
- в) вакцинація;
- г) виварювання посуду і білизни;
- г) підвищення захисних сил організму.

9. До противірусних препаратів належать:

- а) ремантадин;
- б) амоксил;
- в) ентеросгель;
- г) АЦЦ;
- г) амоксиклав.

10. Ознаки астматичного статусу:

- а) неефективність адrenomіметиків;

- б) тривалість нападу понад добу;
- в) тяжкий напад;
- г) швидке наростання дихальної недостатності;
- г) усе, перелічене вище.

**11. Виклик до хворого з нападом ядухи. Видих утруднений, на відстані відчутні хрипи зі свистом. Який найімовірніший діагноз:**

- а) серцева астма;
- б) бронхіальна астма;
- в) гострий бронхіт;
- г) бронхоектатична хвороба;
- г) абсцес легені?

**12. У пробі Нечипоренка в нормі міститься:**

- а) еритроцитів до  $1 \cdot 10^6$ /л, лейкоцитів до  $4 \cdot 10^6$ /л;
- б) еритроцитів до  $4 \cdot 10^6$ /л, лейкоцитів до  $1 \cdot 10^6$ /л;
- в) еритроцитів  $2 \cdot 10^6$ /л, лейкоцитів —  $4 \cdot 10^6$ /л;
- г) лейкоцитів  $5 \cdot 10^6$ /л, еритроцитів  $2 \cdot 10^6$ /л;
- г) усе неправильно.

**13. Для надання допомоги при легеневій кровотечі готують такі медикаменти:**

- а) кальцію хлорид, амінокапронову кислоту;
- б) аналгін, димедрол;
- в) кодеїн, преднізолон;
- г) кофеїн, адреналін;
- г) 5 % розчин глюкози.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — г; 3 — в; 4 — б; 5 — б; 6 — г; 7 — г; 8 — в; 9 — а;  
10 — г; 11 — б; 12 — а; 13 — а.

### **Ситуаційні задачі**

1. Хворий К., 67 років, скаржиться на кашель протягом 3 днів, відділення гнійного мокротиння, підвищення температури тіла до  $37,8^\circ\text{C}$ . Під час об'єктивного обстеження права половина грудної клітки відстає в акті дихання, перкуторно справа нижче від кута лопатки звук тупий, дихання під час

аускультатії різко ослаблене. Який найімовірніший діагноз? Яке дослідження потрібно призначити для підтвердження діагнозу? Де показане лікування такому пацієнтові?

2. Мати дитини, яка лікується вдома з діагнозом «Скарлатина», запитує в сімейної медсестри: «Ми сьогодні старшого сина відправили до бабусі. Раніше він на скарлатину не хворів. У який термін можна чекати появи симптомів захворювання?»

3. На прийомі в сімейного лікаря хворий зі скаргами на підвищення температури тіла до  $38,2^{\circ}\text{C}$ , біль у поперековій ділянці зліва. Об'єктивно: симптом Пастернацького позитивний зліва. Набряків немає. АТ — 120/75 мм рт. ст. Сеча під час огляду каламутна. Який найімовірніший діагноз? Скласти план обстеження хворого. Який сечовий синдром характерний для цього захворювання?

4. Пацієнт А., 53 років, лікується амбулаторно від грипу. На 4-й день хвороби температура тіла знизилася з  $39,8^{\circ}$  до  $36,0^{\circ}\text{C}$ . Скаржиться на слабкість, головний біль. АТ — 90/60 мм рт. ст. Що сталося з пацієнтом? Які дії сімейної медсестри?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Крупозна (нижньочасточкова) правобічна пневмонія. Рентгенографія органів грудної клітки. Показано госпіталізацію, оскільки вік хворого — понад 65 років.

2. Інкубаційний період становить від 2 до 12 днів.

3. Гострий пієлонефрит. Загальний аналіз крові, сечі, дослідження сечі за Нечипоренком, Зимницьким, посів сечі на флору і чутливість. Протеїнурія, лейкоцитурія, бактеріурія.

4. Кризове зниження температури зумовило колапс. Потрібно укласти хворого, піднявши нижній кінець, укрити; напоїти гарячим міцним чаєм; повідомити сімейному лікарю; контролювати температуру тіла, пульс, АТ; за призначенням лікаря ввести препарати (кордіамін, кофеїн); відповісти на запитання пацієнта.

## БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ЛІВІЙ ПОЛОВИНІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

### Причини больового синдрому

Больовий синдром у грудній клітці є одним із найпоширеніших. Причини синдрому різноманітні, а саме:

• *захворювання серця:*

- ✓ стенокардія;
- ✓ інфаркт міокарда;
- ✓ перикардит, міокардит;
- ✓ вади серця, особливо аортальні;
- ✓ аневризма аорти;

• *захворювання плеври, легенів, органів середостіння:*

- ✓ плеврити сухі і ексудативні;
- ✓ лівобічна пневмонія;
- ✓ спонтанний пневмоторакс;
- ✓ тромбоемболія легеневої артерії;
- ✓ пухлини органів середостіння;

• *захворювання грудної стінки:*

- ✓ переломи і забиття ребер;
- ✓ міозит;
- ✓ оперізувальний лишай;
- ✓ остеомієліт і пухлини кісток;
- ✓ остеохондроз;

• *гострі захворювання черевної порожнини:*

- ✓ гострий гастрит;
- ✓ гострий холецистит;
- ✓ гострий панкреатит;
- ✓ напад ЖКХ;
- ✓ проривна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки;
- ✓ спазм стравоходу;
- ✓ діафрагмові грижі;

• психічні порушення:

- ✓ депресія;
- ✓ неврастенія та ін.

Залежно від того, де обстежать пацієнта (на дільниці загальної практики, бригада швидкої медичної допомоги чи у відділенні інтенсивної терапії), структура больового синдрому в лівій половині грудної клітки змінюється (табл. 39).

Таблиця 39. Діагнози пацієнтів із синдромом болю в грудній клітці, встановлені лікарями загальної практики (%)

Патологія	Klinkman (n = 390)	Lamberts (n = 1875)	Svavarsdottir (n = 190)
Психічна	8	11	5
Серцева	16	22	18
Стінка грудної клітки / кістково-м'язова	36	45	49
Травної системи	19	2	4
Легенева	2	3	6
Легенева емболія	—	—	2
Інша (діагноз не встановлено)	16	17	16

На дільниці сімейної медицини причинами больового синдрому найчастіше стає патологія кістково-м'язової системи (у таблиці наведено дослідження, проведені в Голландії, Англії, Ісландії), на другому місці — кардіальні причини.

Одне з головних питань, що необхідно розв'язати на дільниці сімейної медицини під час обстеження хворого з гострим больовим синдромом у грудній клітці: чи небезпечний цей стан для життя? Найнебезпечнішим для життя в прогностичному аспекті є гострий біль, пов'язаний з інфарктом міокарда. Необхідно пам'ятати, що деякі інші стани (емболія легеневої артерії, спонтанний пневмоторакс, аневризма аорти) також потребують невідкладної допомоги (табл. 40).

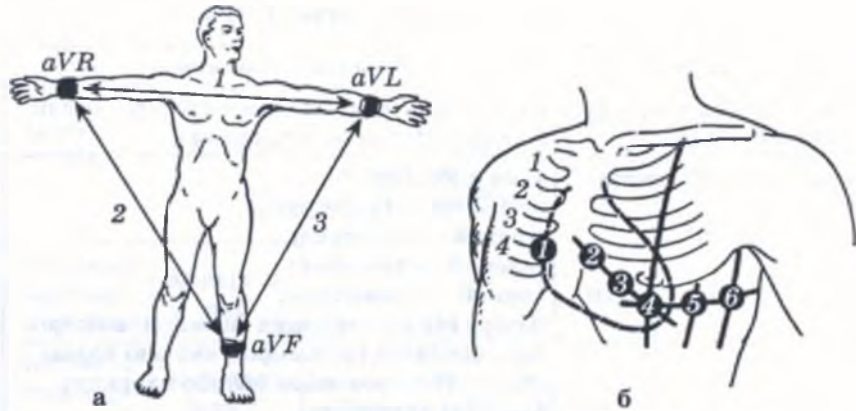
Алгоритм обстеження в разі гострого болю включає електрокардіографію, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки. Сімейна медсестра повинна вміти записати електрокардіограму і побачити на ній зміни, характерні для гострого періоду інфаркту міокарда.

Таблиця 40. Особливості різного типу болю в грудній клітці

Причина болю	Тип болю	Іррадіація на положення тіла/рух	Відповідь на вживання рідини/їжі	Відповідь при пальпації	Болючність на вживання нітроглицерину	Відповідь
Ішемічний кардіальний біль	Вісцеральний	Так	Ні	Ні	Ні	Так
Неішемічний кардіальний біль	Вісцеральний / шкірний	Так	Ні	Ні	Ні	Ні
Захворювання легенів	Вісцеральний / шкірний	Зазвичай немає	Ні	Ні	Ні	Ні
Пневмоторакс	Вісцеральний	Ні	Так	Ні	Зазвичай немає	Ні
Кістково-м'язова	Шкірний	Ні	Так	Ні	Так	Ні
Травна	Вісцеральний	Інколи	Ні	Так	Ні	Ні
Аневризма аорти	Вісцеральний	Так	Ні	Ні	Ні	Ні
Психічна	Вісцеральний / різний шкірний	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні

Алгоритм «Порядок запису ЕКГ»

Етапи маніпуляції	Вказівки до виконання
Підготувати хворого, заземлити апарат	Хворого розмістити горизонтально, оголити зап'ястки, гомілки, груди
Накласти електроди	<p>а) на кінцівки:                      червоний — права рука;                      жовтий — ліва рука;                      зелений — ліва нога;                      чорний — права нога.</p> <p>Шкіру під електродами знежирити спиртом, накласти прокладки, змочені водою або 5—10 % розчином натрію хлориду;</p> <p>б) грудні електроди:  <math>V_1</math> — IV міжребровий проміжок праворуч від груднини;  <math>V_2</math> — IV міжребровий проміжок ліворуч від груднини;  <math>V_3</math> — середина лінії, що з'єднує <math>V_2</math> і <math>V_4</math>;  <math>V_4</math> — V міжребровий проміжок по лівій середньключичній лінії;  <math>V_6</math> — по лівій передньопідпахвовій лінії, на горизонтальному рівні <math>V_4</math>;  <math>V_6</math> — по лівій середньопідпахвовій лінії на горизонтальному рівні <math>V_4</math> і <math>V_6</math>.</p>
Увімкнути живлення	
Записати контрольний мілівольт	
Записати послідовно 12 відведень	<p>I, II, III — основні;                      AVR, AVL, AVF — посилені;  <math>V_1</math> — <math>V_6</math> — грудні</p>
Записати контрольний мілівольт	
Знеструмити апарат, зняти електроди	
Підписати електрокардіограму	



Мал. 27. Накладання електродів для зняття ЕКГ: а — основних, б — грудних

## Ішемічна хвороба серця (ІХС)

ІХС за визначенням ВООЗ об'єднує групу захворювань, пов'язаних з абсолютною або відносною недостатністю коронарного кровотоку.

2/3 з причин смертності від серцево-судинних захворювань припадає на частку ІХС. Співвідношення серед чоловіків і жінок — 4 : 1, у віці до 40 років — 8 : 1, після 70 років ризик занедажати у чоловіків і жінок однаковий (табл. 41).

**Етіологія, патогенез.** Основні причини:

- ✓ атеросклероз вінцевих артерій (у 90 %);
- ✓ тромбоз вінцевих артерій;
- ✓ коронарний спазм.

Ці причини призводять до порушення коронарного кровообігу і залежно від ступеня порушення виникає ішемія або ушкодження міокарда.

**Чинники ризику ІХС:**

- ✓ вік понад 50 років;
- ✓ чоловіча стать;
- ✓ тютюнопаління;
- ✓ гіперхолестеринемія;
- ✓ підвищена маса тіла;

- ✓ малорухливий спосіб життя;
- ✓ артеріальна гіпертензія;
- ✓ цукровий діабет;
- ✓ у жінок — гіпоестрогенія, тривале застосування контрацептивних гормональних препаратів;
- ✓ психоемоційне перенапруження.

**Класифікація ІХС:**

- раптова коронарна смерть (первинна зупинка серця);
- стенокардія:
  - а) що виникла вперше (минуло не більше ніж 1 міс від її виникнення);
  - б) стабільна стенокардія напруження (за канадською класифікацією виділяють 4 функціональні класи (ФК));
  - в) прогресивна;
  - г) спонтанна;
- інфаркт міокарда;
- постінфарктний кардіосклероз;
- аритмії;
- серцева недостатність.

**Функціональні класи (ФК) стабільної стенокардії  
(канадська класифікація)**

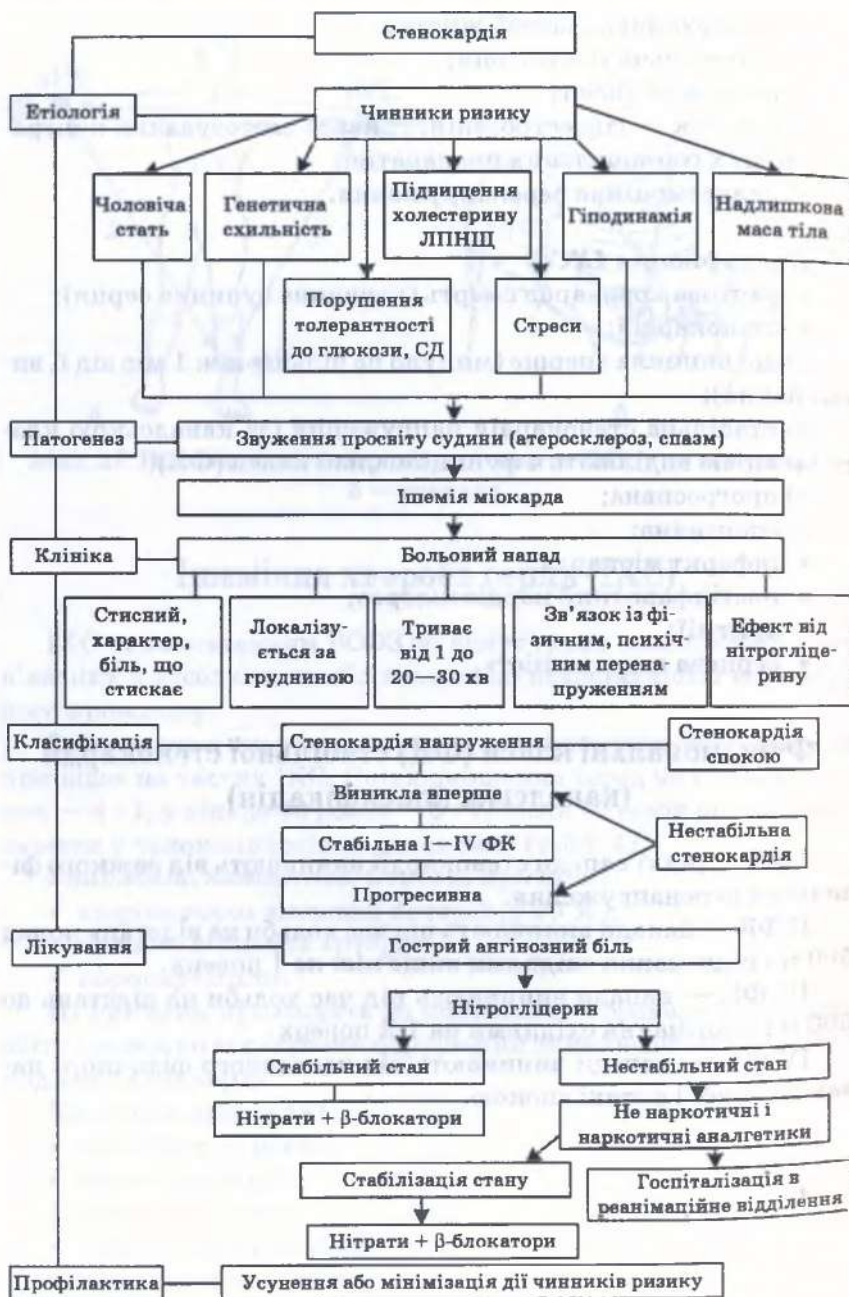
I ФК — рідкі напади стенокардії виникають від важкого фізичного перенапруження.

II ФК — напади виникають під час ходьби на відстань понад 500 м і піднімання східцями вище ніж на 1 поверх.

III ФК — напади виникають під час ходьби на відстань до 500 м і піднімання східцями на 1-й поверх.

IV ФК — напади виникають від незначного фізичного навантаження і в стані спокою.

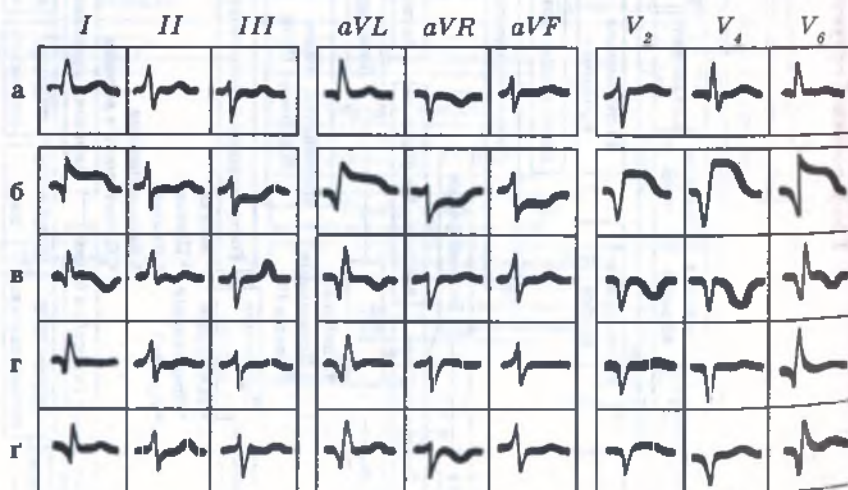
## Граф логічної структури теми «Стенокардія»





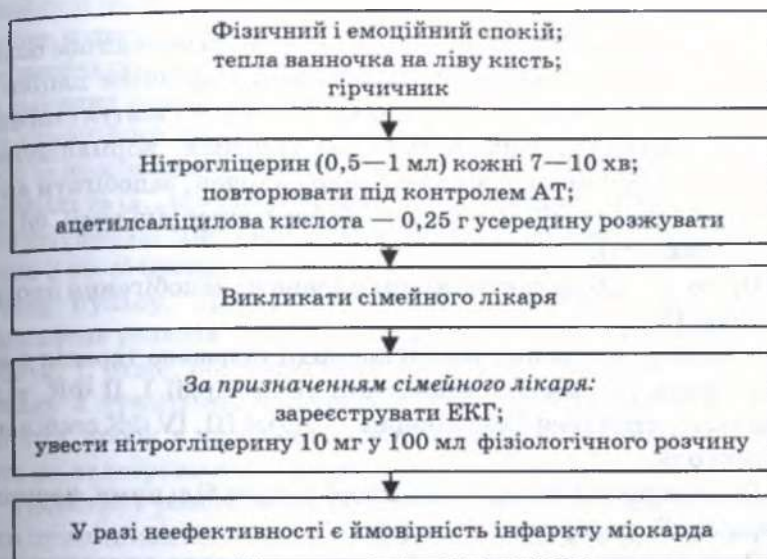
Таблиця 41. Диференціальний діагноз болочого нападу при стенокардії і інфаркті міокарда

Симптоми	Стенокардія	Інфаркт
Віль: тривалість вживання нітроглице- рину	До 30 с Знімає	Понад 30 с Ні
Тони серця	Ясні	Глухі, часто аритмія
Пульс	У нормі	Аритмічний
АТ	У нормі або підвище- ний під час нападу	Знижений
Температура тіла	У нормі	Підвищена
Лейкоцитоз	–	+ (1-й тиждень)
Збільшення ШОЕ	–	+ (2-й тиждень)
Міоглобін крові	–	+
Трансамінази крові (КФК, АСТ, ЛДГ)	У нормі	Понад 0,6 ммоль/л
ЕКГ	Підйом <i>ST</i> лише в пе- ріод болочого нападу	У гострий період <i>ST</i> і <i>T</i> злиті в одну лінію (дуга Парді)

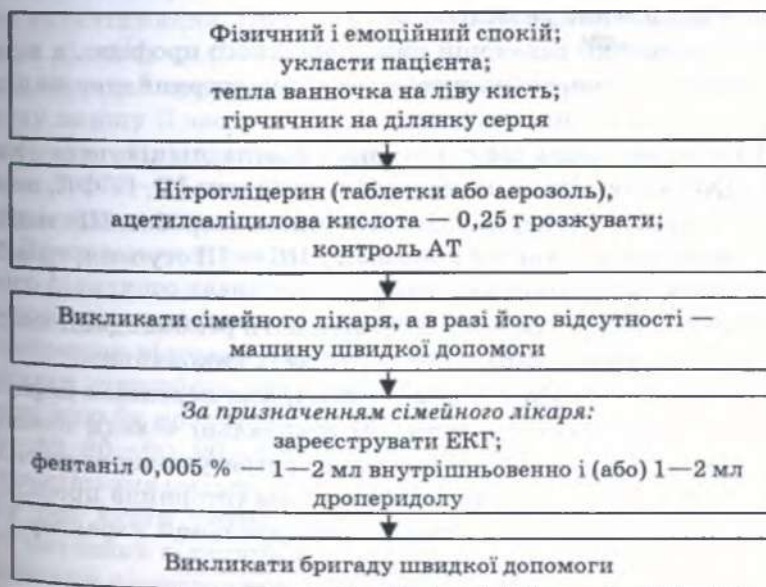


Мал. 28. Послідовність ЕКГ при інфаркті міокарда (за Гольдбергером: а — норма; б — у 1-й день інфаркту міокарда (гостра стадія); в — через 7 днів (підгостра стадія); г — через 21 день (процес рубцювання); г — через 4 міс (рубцеві зміни у міокарді)

**Алгоритм дій сімейної медсестри при нападі стенокардії**



**Алгоритм дій сімейної медсестри при інфаркті міокарда**



## Роль сімейної медсестри у профілактиці ІХС

Первинна профілактика спрямована на усунення або ослаблення негативної дії чинників ризику на організм пацієнта, тобто треба навчати пацієнта здорового способу життя (знімати стресові ситуації, раціонально харчуватися, нормалізувати масу тіла, відмовитися від шкідливих звичок, запобігати артеріальній гіпертензії, цукровому діабету, гіперліпідемії, фізичній активності).

Вторинна профілактика спрямована на запобігання прогресуванню ІХС.

У період між нападами стенокардії показана терапія в амбулаторних умовах при стабільній стенокардії I, II ФК, у домашньому стаціонарі або лікарні — у разі III, IV ФК стабільної стенокардії.

Госпіталізації потребують хворі з нестабільними формами стенокардії, інфарктом міокарда.

Реабілітація хворих з інфарктом міокарда проводиться в кілька етапів:

- 1 — інфарктне відділення;
- 2 — відділення реабілітації;
- 3 — місцевий санаторій кардіологічного профілю, а в разі неможливості санаторного етапу — амбулаторний етап на дільниці сімейної медицини.

Протипоказання для санаторно-курортного лікування хворих з ІХС: нестабільна стенокардія, стабільна III, IV ФК, особи після інфаркту міокарда з гіпертонічною хворобою III стадії, з хронічною недостатністю кровообігу IIБ — III ступеня, тромбоемболіями, порушеннями ритму.

Сімейна медсестра повинна вміти дати рекомендації хворому, який переніс інфаркт, і стежити за їх виконанням.

Ішемічна хвороба серця в людини, яка перенесла інфаркт міокарда, залишається, тому всі лікувальні заходи повинні спрямовуватися проти її розвитку і прогресування атеросклерозу як основної причини захворювання (вторинна профілактика). Ці заходи мають суворо індивідуальний характер і їх проводять на поліклінічному етапі реабілітації.

Обов'язковою умовою відновлення працездатності і підтримки її на досягнутому рівні після інфаркту міокарда є поступове нарощування фізичного навантаження. Звідси випливає необхідність вчасно контролювати, як хворий переносить збільшення фізичного навантаження і наскільки воно відповідає стану його здоров'я. Такий контроль проводять шляхом проб із дозованим фізичним навантаженням на велоергометрі, тредмілі та ін., що дає змогу дійти висновку про клінічний стан обстежуваних. Дистанційну ходьбу по рівній місцевості на відстань 3 км зі швидкістю 3—4 км/год без істотних змін самопочуття, пульсу, артеріального тиску і електрокардіограми (адекватна реакція) розцінюють як виконання легкої фізичної роботи, і, отже, обстежуваний може налаштуватися на легку працю. У сумнівних випадках або за індивідуальними показниками пробу з дозованим фізичним навантаженням проводять на велоергометрі в діагностичних кабінетах.

Подальше розширення рухового режиму здійснюють за таким принципом: спочатку збільшують відстань без прискорення темпу ходьби, а потім у разі адекватної реакції на великій дистанції збільшують швидкість руху. Після досягнення нормального темпу ходьби, якщо дозволяє стан здоров'я, збільшують навантаження. Причому суворо дотримуються такого правила: ділянку ходьби зі збільшеною швидкістю включають у звичайну для тренувальника дистанцію і вона становить спочатку меншу її частину; у разі адекватної реакції цю ділянку поступово збільшують. Наприклад, при ходьбі 4 км/год темп через 5—10—15 хв зростає до 5 км/год, а через 3—5 хв знижується до вихідної величини.

Дуже важливе значення під час ходьби або виконання іншого фізичного навантаження має самоконтроль. Темп ходьби тренувальник визначає кількістю кроків за 1 хв, попередньо відмірявши відстань. Це дає змогу з достатньою точністю визначати швидкість руху на тій чи іншій ділянці дистанції. Темп ходьби поступово підвищують: спочатку 60—70, потім 70—80, 80—90, 90—100 і 100—110 кроків за 1 хв. Допустиме почастішання пульсу — 90, з підвищенням темпу — 100, 110—115 без зміни ритмічності. У разі будь-яких неприємних суб'єктивних відчуттів необхідно провести пробу з дозованим фізичним навантаженням під наглядом лікаря.

Разом з ритмічним динамічним навантаженням (ходьба, піднімання східцями та ін.) людина витримує і статичні навантаження (піднімання і переміщення важких предметів та ін.). Переносимість їх помітно знижується з віком, особливо в мешканців міста. Усунути детренованість відносно до статичних навантажень допомагає лікувальна фізкультура, комплекси якої передбачають планомірне збільшення їхнього об'єму.

Хворому, який переніс інфаркт міокарда, обов'язково призначають медикаментозне лікування за індивідуальними показаннями лікаря з метою вторинної профілактики атеросклерозу; щоб затримати або запобігти його розвитку, усувають або пом'якшують чинники ризику.

Складніше усунути негативні впливи емоційних стресів, унаслідок яких може виникнути загострення ІХС, гіпертонічний криз, некроз. У цьому разі все залежить від хворого. Правильний режим праці і відпочинку, перебування на природі, відволікальні заняття, уміння зосереджувати свою увагу на сприятливих для настрою чинниках, автогенний тренінг, фізіотерапевтичні процедури, фізкультура і спорт, вживання заспокійливих засобів під контролем лікаря — ось комплекс засобів і способів для ослаблення або виключення цього чинника ризику.

Ожиріння або малорухливий спосіб життя вважають передбачуваними чинниками ризику. Хоча способи усунення цих чинників загальновідомі, варто знати, що втрата надлишкової ваги не повинна перевищувати 0,5—1 кг за тиждень (іноді за місяць) і що підвищувати фізичну активність необхідно поступово, за описаною вище методикою.

Особи, які перенесли інфаркт міокарда, повинні перебувати під лікарським спостереженням, що включає систематичні повторні огляди і обстеження, особливо в перший рік після захворювання. Статистика свідчить, що дотримання всіх правил диспансеризації дає змогу переважній більшості таких хворих уже через деякий час повернутися до праці.

Медикаментозну терапію призначають кожному пацієнтові індивідуально: седативні засоби, транквілізатори,  $\beta$ -блокатори, коронаролітичні, атеросклеротичні засоби.

Диспансерне спостереження здійснюють під контролем сімейного лікаря, за потреби залучають кардіолога, невропатолога, психотерапевта. Сімейна медсестра стежить за дотриман-

ням терміну диспансерного спостереження і виконанням пацієнтом рекомендацій.

У перелік обстежень входять: загальний аналіз крові, ліпиди, холестерин крові, ферменти крові (АСТ, ЛДГ), ЕКГ. Частота досліджень залежить від форми стенокардії, термінів виписування хворого з інфарктом міокарда зі стаціонару.

Критерії ефективності первинної профілактики — відсутність випадків ІХС у пацієнтів з чинниками ризику. Ефективність вторинної профілактики визначають показниками тимчасової непрацездатності, первинної інвалідності, погіршення або покращення клінічного перебігу хвороби, появою ускладнень, показниками смертності.

Таблиця 42. Неішемічні причини больового синдрому в лівій половині грудної клітки

Хвороба	Критерії для проведення диференціального діагнозу
Рефлюкс-езофагіт, спазм стравоходу	Немає змін на ЕКГ. Печія. Погіршується в положенні лежачи, але може також посилюватися під час фізичного навантаження, як і при стенокардії. Звичайна причина болю в грудній клітці
Легенева емболія	Почастішання дихання, гіпоксія, гіпоксемія, гіперкапія. Відсутній застій у легенях на рентгенограмі органів грудної порожнини. Може нагадувати ІМ нижньої стінки: елевация сегмента ST у відведеннях (II, III, aVF). Гіпервентиляція. Зменшення $PaO_2$ та $PaCO_2$
Синдром гіпервентиляції	Головний симптом — задишка, як і при легеневій емболії. Переважно у пацієнтів молодого віку. Поколювання, пощипування та отерплість кінцівок, запаморочення. Зменшення, підвищення або нормальний $PaCO_2$ , $PaO_2$ . Наявність органічної патології може спричинити вторинну гіпервентиляцію

Хвороба	Критерії для проведення диференціального діагнозу
Спонтанний пневмоторакс	Головним симптом — задишка. Біль односторонній і пов'язаний з дихальними рухами
Розшарування стінки аорти	Інтенсивний біль змінної локалізації. При розшаруванні типу А іноді трапляється обструкція коронарного отвору, зазвичай правого коронарного з ознаками задньонижнього ІМ. Іноді — широке середостіння на рентгенограмі органів грудної порожнини. Нововиникла регургітація на аортальному клапані
Перикардит	Зміна положення тіла та дихання впливають на вираженість болю. Можна почути шум тертя перикарда. На ЕКГ елевация сегмента ST, але без реципрокної депресії сегмента ST
Плеврит	Колючий біль при диханні. Найпоширеніший симптом — кашель
Остеохондроз	Чутливість під час пальпації грудної клітки. Рухи грудної клітки впливають на силу болю
Оперізувальний лишай у ранній стадії	Немає змін на ЕКГ. Висипка. Локалізована парестезія перед появою висипки
Ектопічні ритми (екстрасистоли)	Транзиторний біль над верхівкою серця. Зміни на ЕКГ. Відчуття перебоїв у роботі серця
Виразкова хвороба шлунка, холецистит, панкреатит	Клінічне дослідження (ішемія нижньої стінки може бути подібною до гострого живота)
Депресія	Тривале відчуття тяжкості в грудній клітці. Немає фізичного навантаження. ЕКГ у нормі
Вживання алкоголю	Перебування пацієнтів у стані алкогольного сп'яніння у відділенні невідкладної допомоги (інтенсивної терапії)

## Тести

1. Яка з ознак, перелічених нижче, характерна для нападу стенокардії:

- а) постійний ниючий біль;
- б) біль за грудниною стисного характеру, іррадіює у ліву руку;
- в) біль у лівій половині грудної клітки, що посилюється під час кашлю;
- г) тривалий біль за грудниною, віддає в обидві руки;
- г) сильний біль за грудниною, не знімається нітрогліцерином?

2. При стенокардії рекомендують дієту:

- а) № 1;
- б) № 5;
- в) № 7;
- г) № 9;
- г) № 10.

3. Вид транспортування хворого з інфарктом міокарда:

- а) направити в плановому порядку;
- б) міським транспортом;
- в) попутнім транспортом;
- г) транспортною бригадою швидкої допомоги на ношах;
- г) спеціалізованою бригадою швидкої медичної допомоги на ношах.

4. Яка ознака відрізняє біль при інфаркті міокарда від болючого синдрому при стенокардії:

- а) біль за грудниною;
- б) іррадіює в ліву руку;
- в) триває понад 30 хв;
- г) біль пов'язаний з диханням;
- г) біль пов'язаний зі зміною положення тіла?

5. Ознаки болючого синдрому при сухому плевриті:

- а) біль посилюється під час дихання;
- б) біль пов'язаний зі зміною положення тіла;

- в) локалізується за грудниною;
- г) іррадіює в ліву руку;
- г) триває 1—2 хв.

**6. Програма надання невідкладної допомоги при інфаркті міокарда включає:**

- а) постільний режим;
- б) фізичний і психічний спокій;
- в) гірчичник на ділянку серця;
- г) знеболювальні засоби;
- г) усе перелічене.

**7. Хворий скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки, що посилюється під час дихання. Під час аускультатії відчувається шум тертя плеври. Найімовірніший діагноз:**

- а) пневмонія;
- б) бронхіт;
- в) сухий плеврит;
- г) стенокардія;
- г) спонтанний пневмоторакс.

**8. Для зняття ЕКГ основні електроди накладають так:**

- а) ПР — червоний, ЛР — жовтий, ЛН — зелений;
- б) ПР — жовтий, ЛР — червоний, ЛН — зелений;
- в) ПР — зелений, ЛР — червоний, ЛН — жовтий;
- г) ПР — червоний, ЛР — зелений, ЛН — жовтий;
- г) усе неправильно.

**9. Для гострого періоду інфаркту міокарда характерні зміни на ЕКГ:**

- а) тахікардія;
- б) брадикардія;
- в) зниження інтервалу  $S-T$  нижче від ізолінії;
- г) дуга Парді;
- г) екстрасистолії.

**10. До медсестри звернувся пацієнт віком 62 роки. Скаржиться, що під час піднімання східцями у нього з'являється**

стисний біль за грудниною, що віддає в ліву руку і минає після відпочинку. Напади з'явилися 2 тиж тому. Імовірний діагноз:

- а) стенокардія напруження;
- б) стенокардія спокою;
- в) стенокардія, що виникла вперше;
- г) прогресивна стенокардія;
- г) інфаркт міокарда.

Еталони відповідей на тести

- 1 — б; 2 — г; 3 — г; 4 — в; 5 — а; 6 — г; 7 — в; 8 — а; 9 — г;  
10 — в.

*Ситуаційні задачі*

1. Хворий К., 56 років, перебуває на диспансерному обліку з приводу ІХС. Стенокардія стабільна II ФК. Запитує, які заходи, крім вживання нітрогліцерину, можуть зняти в нього больовий напад. Які рекомендації сімейної медсестри?

2. Сімейна медсестра під час відвідання родини виявила, що пацієнтка К., яка перебуває на обліку з діагнозом ІХС, скаржиться на біль за грудниною. Які дії сімейної медсестри?

3. Пацієнт, 42 років, скаржиться на біль у грудній клітці, що посилюється при зміні положення тіла і різких рухах. Який найімовірніший діагноз? Яке дослідження слід призначити для уточнення діагнозу?

4. На дільниці сімейної медицини проводять професійний огляд учителів. Пацієнт Р., 54 років, зріст 175 см, маса тіла 82 кг, палить 1 пачку сигарет за день. Алкоголь не вживає. АТ — 165/95 мм рт. ст. Холестерин крові — 7,2 ммоль/л. Чи є чинники ризику ІХС у цього пацієнта? Якщо так, то які? Які рекомендації сімейної медсестри?

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Гірчичник на ділянку серця, тепла ванночка для лівої кисті.

2. З'ясувати тривалість больового синдрому, чи ефективно вживання нітрогліцерину.

Виміряти АТ, підрахувати пульс, виміряти температуру тіла.

За наявності ознак інфаркту — див. алгоритм дій сімейної медсестри при ІМ.

3. Остеохондроз грудного відділу хребта. ЕКГ, рентгенографія грудного відділу хребта.

4. Чинники ризику в пацієнта: чоловіча стать, вік, підвищена маса тіла, тютюнопаління, гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія. Потрібно нормалізувати працю і відпочинок, кинути палити, вжити заходів щодо зниження маси тіла, увести антисклеротичну дієту, обмежити споживання солі та рідини, здійснювати контроль маси тіла, АТ, рівня холестерину, ліпідів крові.

## ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ СИДРОМ

(термінологія ВООЗ, 1978)

*Артеріальна гіпертензія (АГ)* — підвищення рівня артеріального тиску понад 140/90 мм рт. ст.

*Есенціальна АГ* — стан, коли відзначають високий рівень АТ за відсутності очевидних причин його підвищення. В Україні тотожний терміну “гіпертонічна хвороба”.

*Вторинна АГ* позначає АГ, причину якої можна з'ясувати.

В Україні АГ трапляється у 15—20 % населення, в осіб похилого і старечого віку частіше (30—40 %). АГ призводить до втрати працездатності, тяжких ускладнень, які спричинюють смертність від серцево-судинних захворювань.

80—90 % усіх АГ становить есенціальна гіпертензія, 10—20 % — вторинні АГ.

### *Причини вторинних АГ:*

- ниркові — 15 % усіх вторинних АГ, зустрічаються при хронічному пієлонефриті, гломерулонефриті, туберкульозі нирок, діабетичній нефропатії, пухлинах, аномаліях нирок;
- ендокринні — клімактеричні порушення, пухлини надниркових залоз, синдроми гіпертиреозу, Іценка—Кушінга;
- кардіоваскулярні — атеросклероз, ІХС, вади серця;
- неврогенні — судинні захворювання і пухлини мозку;
- екзогенні — зловживання сіллю, вживання деяких медикаментів (глюкокортикоїди, протизаплідні засоби).

На першому етапі на підставі скарг, перебігу захворювання необхідно виявити групу захворювань, що можуть спричинити АГ. Оскільки головний біль, запаморочення, шум у вухах тощо можуть спостерігатися при підвищенні тиску будь-якої етіології, під час збирання скарг і анамнезу слід звернути увагу на

2. З'ясувати тривалість больового синдрому, чи ефективно вживання нітрогліцерину.

Виміряти АТ, підрахувати пульс, виміряти температуру тіла.

За наявності ознак інфаркту — див. алгоритм дій сімейної медсестри при ІМ.

3. Остеохондроз грудного відділу хребта. ЕКГ, рентгенографія грудного відділу хребта.

4. Чинники ризику в пацієнта: чоловіча стать, вік, підвищена маса тіла, тютюнопаління, гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертензія. Потрібно нормалізувати працю і відпочинок, кинути палити, вжити заходів щодо зниження маси тіла, увести антисклеротичну дієту, обмежити споживання солі та рідини, здійснювати контроль маси тіла, АТ, рівня холестерину, ліпідів крові.

## ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ СИДРОМ

(термінологія ВООЗ, 1978)

**Артеріальна гіпертензія (АГ)** — підвищення рівня артеріального тиску понад 140/90 мм рт. ст.

**Есенціальна АГ** — стан, коли відзначають високий рівень АТ за відсутності очевидних причин його підвищення. В Україні тотожний терміну “гіпертонічна хвороба”.

**Вторинна АГ** позначає АГ, причину якої можна з'ясувати.

В Україні АГ трапляється у 15—20 % населення, в осіб похилого і старечого віку частіше (30—40 %). АГ призводить до втрати працездатності, тяжких ускладнень, які спричинюють смертність від серцево-судинних захворювань.

80—90 % усіх АГ становить есенціальна гіпертензія, 10—20 % — вторинні АГ.

### **Причини вторинних АГ:**

- ниркові — 15 % усіх вторинних АГ, зустрічаються при хронічному пієлонефриті, гломерулонефриті, туберкульозі нирок, діабетичній нефропатії, пухлинах, аномаліях нирок;
- ендокринні — клімактеричні порушення, пухлини надниркових залоз, синдроми гіпертиреозу, Іценка—Кушінга;
- кардіоваскулярні — атеросклероз, ІХС, вади серця;
- неврогенні — судинні захворювання і пухлини мозку;
- екзогенні — зловживання сіллю, вживання деяких медикаментів (глюкокортикоїди, протизаплідні засоби).

На першому етапі на підставі скарг, перебігу захворювання необхідно виявити групу захворювань, що можуть спричинити АГ. Оскільки головний біль, запаморочення, шум у вухах тощо можуть спостерігатися при підвищенні тиску будь-якої етіології, під час збирання скарг і анамнезу слід звернути увагу на

специфічні симптоми, характерні для певних груп захворювань:

- пухлина надниркових залоз — поліурія, спрага, м'язова слабкість, судоми, паралічі;
- захворювання нирок — часті ангіни, патологія нирок в анамнезі, наявність сечового синдрому, ниркові кольки, які згодом минають;
- діабетичний нефросклероз — діабет в анамнезі.

Велике значення має оцінювання стану АТ. Підвищення лише систолічного тиску характерне для атеросклерозу аорти, лихоманки, тиреотоксикозу. Для захворювань нирок більш характерне підвищення діастолічного тиску. Асиметричне підвищення АТ (високе на руках, нормальне на ногах) характерне для коарктації аорти.

### Діагностичний пошук при АГ

Перелік необхідних досліджень визначається наказом № 247 МОЗ України від 10.08.1998 р. "Про внесення змін та доповнень до наказу МОЗ України від 30.12.1992 р. №206 "Про заходи щодо покращення якості кардіологічної допомоги населенню України".

Обов'язкові дослідження:

- ✓ вимірювання АТ на обох верхніх кінцівках, а в пацієнтів віком понад 45 років — і на нижніх;
- ✓ аускультация серця;
- ✓ загальний аналіз крові;
- ✓ загальний аналіз сечі;
- ✓ аналіз сечі за Аддісом—Каковським (Амбурже, Нечипоренком);
- ✓ визначення вмісту в крові калію, натрію, рівня креатиніну, глюкози, холестерину, ліпопротеїдів;
- ✓ електрокардіографія;
- ✓ ультразвукове дослідження серця;
- ✓ дослідження очного дна.

Додаткові методи для виключення захворювань нирок:

- ✓ ультразвукове дослідження нирок;
- ✓ аналіз сечі за Зимницьким;

- ✓ радіоізотопне дослідження нирок;
- ✓ ангіографія ниркових судин;
- ✓ екскреторна урографія;
- ✓ виявлення мікробного числа в сечі і клітин Штернгеймера—Мельбіна.

Для виключення пухлин надниркових залоз:

- ✓ ультразвукове дослідження надниркових залоз;
- ✓ екскреція адреналіну і норадреналіну за добу;
- ✓ артеріографія надниркових залоз;
- ✓ комп'ютерна томографія.

Результати лабораторних і інструментальних досліджень оцінюють таким чином:

- діагноз АГ підтверджується, якщо у двох або більше випадках вимірювання АТ зареєстровано АТ понад 160/90 мм рт. ст.;

- виявлення пульсації великих артерій і вимірювання АТ на верхніх і нижніх кінцівках дають змогу виключити гемодинамічну АГ (атеросклероз, коарктація аорти), а аускультация серця — клапанні вади;

- ЕКГ дозволяє виявити гіпертрофію лівого шлуночка серця;

- під час дослідження очного дна можна виявити симптом Саллюса—Гуна (“мідного і срібного дротів”);

- рентгенівські дослідження органів грудної порожнини — виявити гіпертрофію лівого шлуночка, клапанні вади, коарктацію аорти;

- УЗД серця — досліджувати серцеву гемодинаміку, виявити вади;

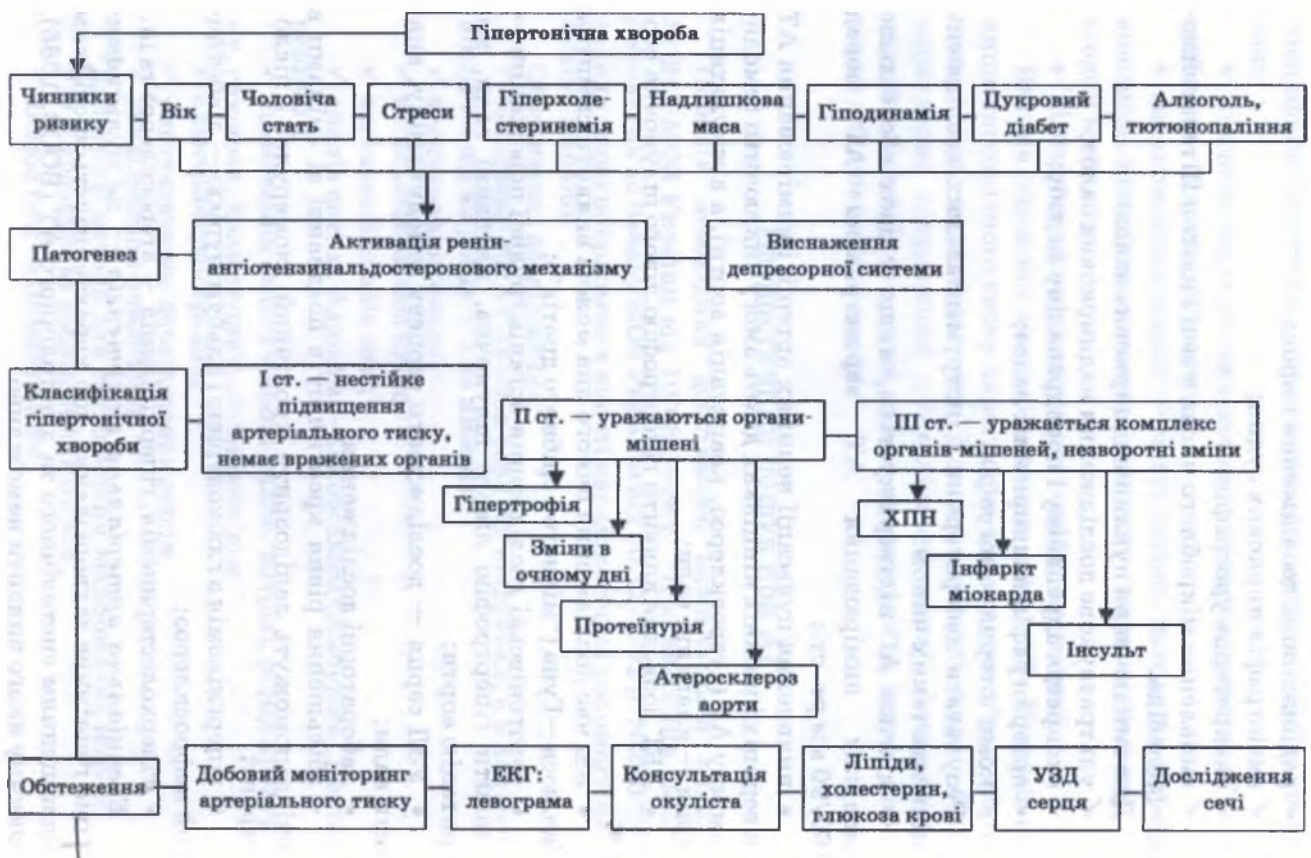
- лабораторні дослідження:

- ✓ збільшення рівня креатиніну в поєднанні зі змінами в сечі допоможуть запідозрити хронічний гломеруло- і пієло-нефрит;

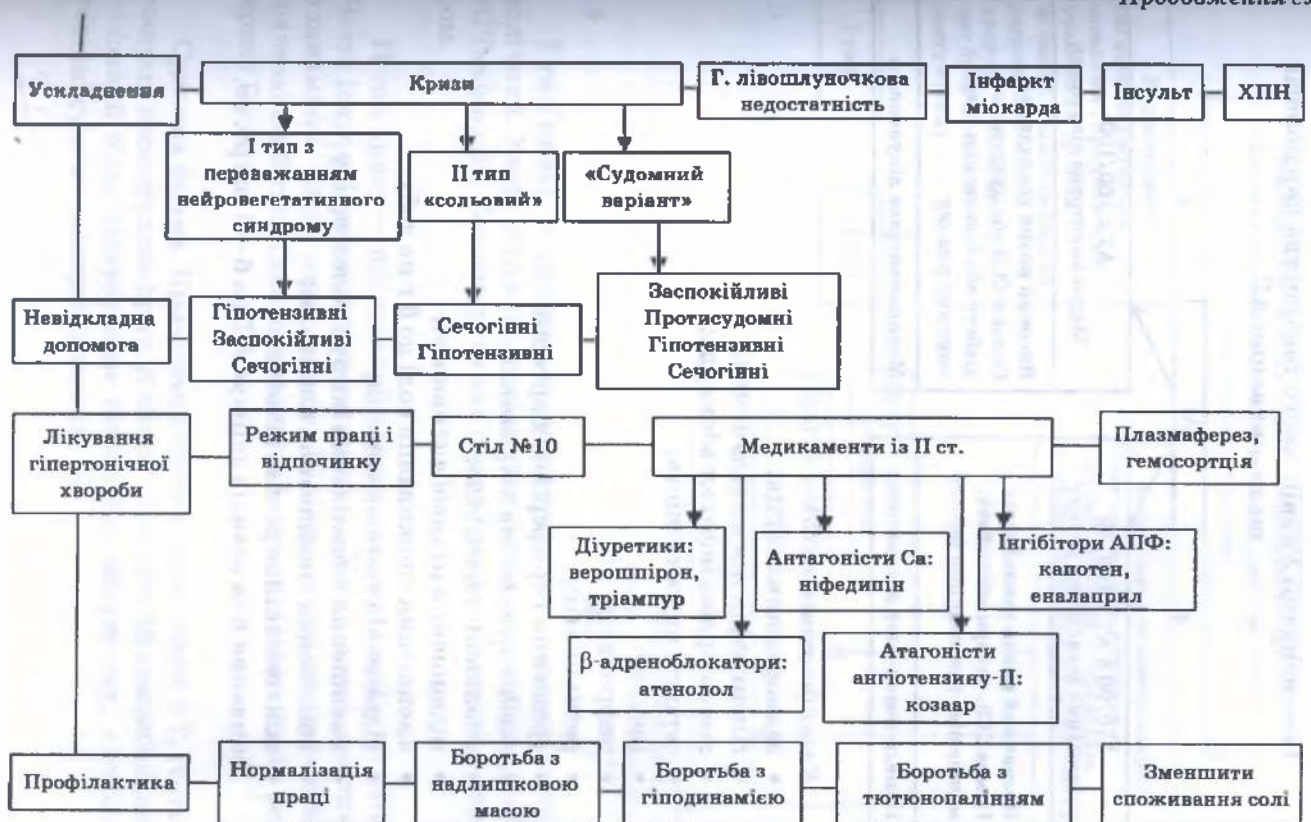
- ✓ гіперглікемія з глюкозурією і альбумінурією — діабетичний нефросклероз;

- ✓ гіперхолестеринемія, гіперліпідемія — атеросклероз та ін.

*Есенціальна артеріальна гіпертензія* — це мультифакторне генетичне захворювання, що характеризується стійким підвищенням систолічного та діастолічного АТ (ВООЗ, 1986), причину якого виявити неможливо.



Продовження схеми



**Рекомендації Українського товариства кардіологів  
щодо лікування АГ**



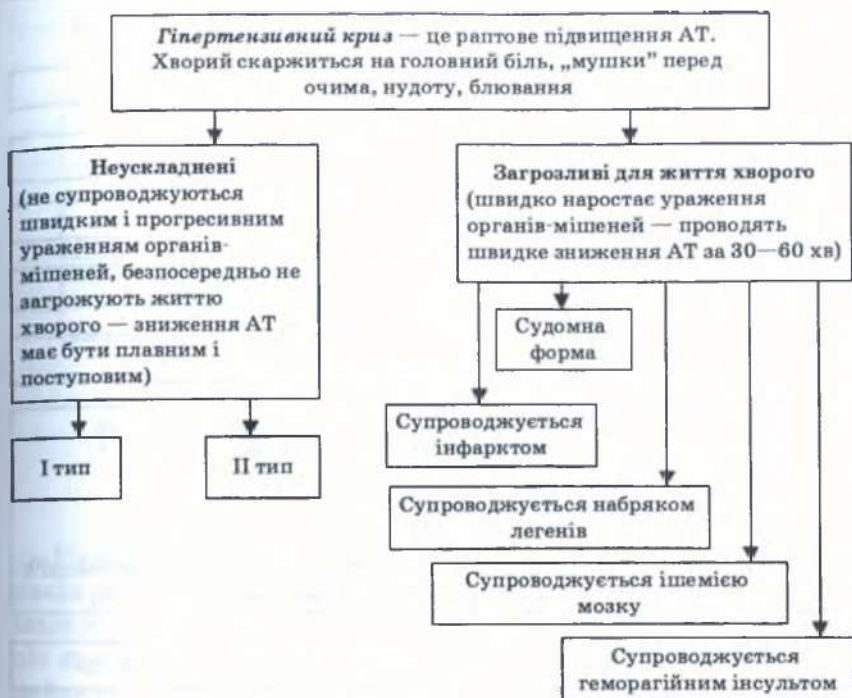
*Клінічні ознаки ССЗ:*

- захворювання серця:
  - ✓ гіпертрофія лівого шлуночка;
  - ✓ стенокардія, інфаркт міокарда;
  - ✓ серцева недостатність;
- інсульт;
- нефропатія;
- ретинопатія;
- ураження периферійних артерій.

*Немедикаментозне лікування:*

- зменшення маси тіла;
- підвищення рухової активності;
- зменшення споживання солі до 6 г на добу;
- відмова від тютюнопаління;
- зменшення споживання жиру і холестерину;
- обмеження споживання алкоголю;
- психоемоційне розвантаження.

Вживання цих заходів знижує АТ на 6—8 мм рт. ст.

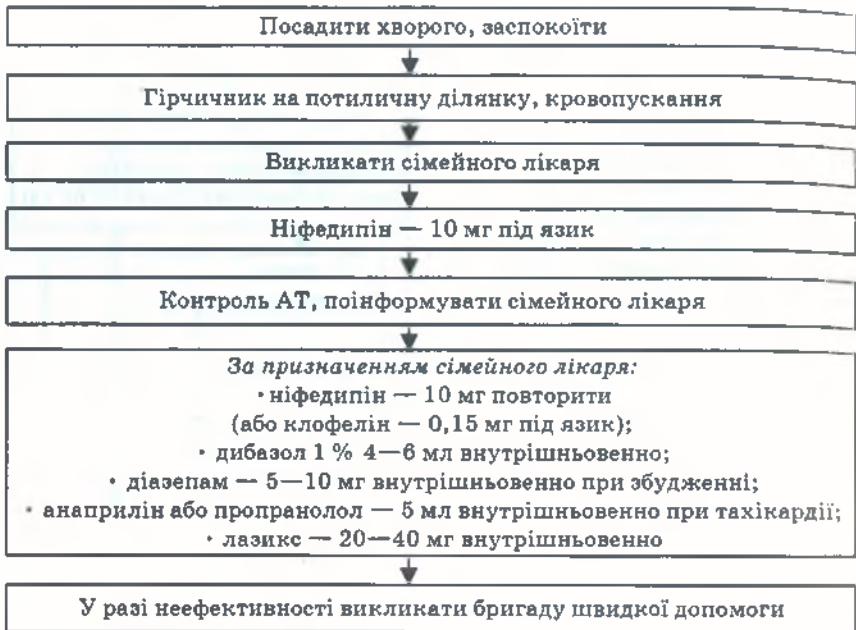


**I тип кризу** — раптово підвищується АТ, переважно систолічний. Хворі збуджені, шкірні покриви гіперемовані, вологі. Тахікардія. Сечовипускання часте. Криз пов'язаний зі стресом.

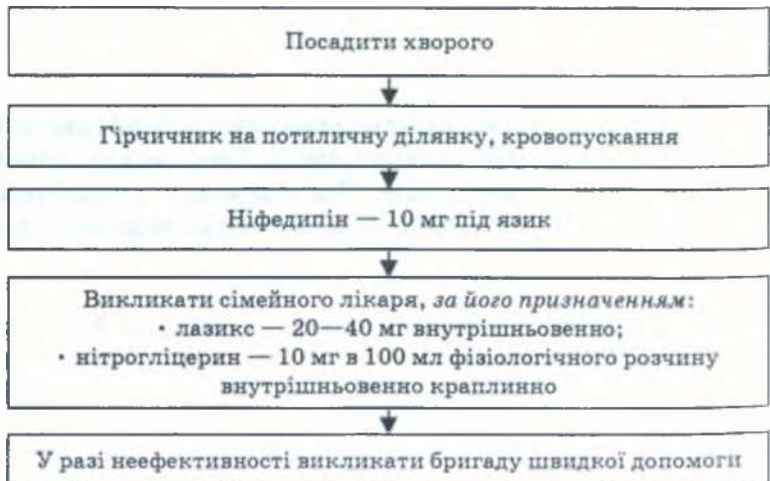
**II тип кризу** — поступовий розвиток кризу (декілька днів). Часто існує зв'язок з порушенням дієти. Хворі мляві, сонливі, адинамічні, бліді, лице одутле. Підвищується систолічний і діастолічний тиск (див. алгоритм дій сімейної медсестри в разі кризу II типу).

**Судомна форма.** Причинами часто є злякисний АТ, гестоз, гострий гломерулонефрит. *Клініка:* пульсівний розпиральний головний біль, багаторазове блювання, збудження, клоніко-тонічні судоми, знепритомнення.

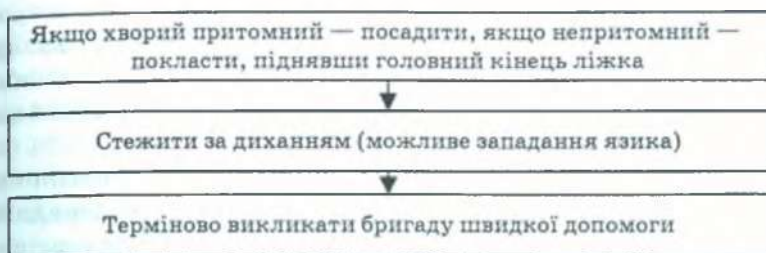
## Алгоритм дій сімейної медсестри в разі кризи I типу



## Алгоритм дій сімейної медсестри в разі кризи II типу



### Алгоритм дій сімейної медсестри в разі судомного розвитку кризи



### Роль сімейної медсестри у профілактиці гіпертонічної хвороби

Первинна профілактика спрямована на зменшення дії чинників ризику гіпертонічної хвороби: раціональне харчування, зниження маси тіла, обмеження споживання солі, нормалізація праці і відпочинку, зменшення дії стресових чинників. Сімейна медсестра повинна знати, що серед причин, які призвели до гіпертонічної хвороби, зазначають такі: незадоволеність сімейними стосунками — 62—80 % пацієнтів, стосунками на роботі — 58—70 %, відсутність готовності до психологічної перебудови — 58—65 %.

Вторинна профілактика спрямована на запобігання прогресуванню захворювання і виникненню ускладнень.

*Лікування* потрібно починати на ранніх стадіях захворювання і проводити його постійно. Неускладнену гіпертонічну хворобу I—II стадії лікують амбулаторно. З появою ускладнень, що загрожують життю, хворих госпіталізують у цілодобовий стаціонар.

Для запобігання виникненню кризів доцільно проводити лікування в умовах денного стаціонару.

Санаторно-курортне лікування протипоказане хворим з III стадією, що перенесли інфаркт, інсульт, мають недостатність кровообігу ІІБ — III стадії, з порушеннями ритму серцевої діяльності.

Диспансерне спостереження хворих здійснює лікар сімейної медицини. Частота обстеження — 2—4 рази на рік залежно від тяжкості перебігу захворювання. Огляд кардіолога, невропатолога, окуліста — не рідше ніж 1 раз на рік, ендокринолога, уролога — за показаннями. Медсестра стежить за своєчасністю обстеження диспансерних хворих і контролює виконання ними призначень.

Ефективність профілактики оцінюють за показниками тимчасової непрацездатності, зниженням рівня первинного виходу на інвалідність, зменшенням кількості інсультів, інфарктів, раптової смерті, збільшенням кількості хворих з контрольованим АТ (< 160/90 мм рт. ст.).

### Тести

1. Хворим на гіпертонічну хворобу призначають дієту:

- а) № 1;
- б) № 5;
- в) № 7;
- г) № 9;
- д) № 10.

2. Які симптоми характерні для I стадії гіпертонічної хвороби:

- а) нестійке підвищення АТ;
- б) гіпертрофія лівого шлуночка серця;
- в) протеїнурія;
- г) зміни в очному дні;
- г) усе, перелічене вище?

3. Які медикаменти готує медсестра для надання допомоги хворому з гіпертонічним кризом:

- а) дибазол, клофелін, лазикс;
- б) димедрол, анальгін;
- в) папаверин, димедрол, но-шпа;
- г) пеніцилін, амідопірин;
- г) кофеїн, кордіамін?

4. Термін “артеріальна гіпертензія” прийнято для позначення АТ понад:

- а) 130/90 мм рт. ст.;
- б) 140/90 мм рт. ст.;
- в) 150/90 мм рт. ст.;
- г) 150/100 мм рт. ст.;
- г) 160/100 мм рт. ст.

5. Для гіпертонічного кризу I типу характерно:

- а) повільний розвиток, молодий вік;
- б) пригніченість;
- в) одутлість лиця;
- г) похилий вік, повільний розвиток;
- д) збудження, тремтіння, швидке наростання симптомів.

6. Оцініть у пацієнта цифри артеріального тиску 165/95 мм рт. ст.:

- а) норма;
- б) ПАГ;
- в) гіпотонія;
- г) артеріальна гіпотензія;
- д) артеріальна гіпертензія.

7. Які продукти порекомендуєте виключити пацієнтові з АГ:

- а) супи;
- б) каші;
- в) фрукти;
- г) овочі;
- д) кава?

8. Яку маніпуляцію можна використати для надання невідкладної допомоги в разі гіпертонічного кризу:

- а) кровопускання;
- б) інгаляція зволоженого кисню;
- в) банки на грудну клітку;
- г) вдихання піногасників;
- г) гірчичник на грудну клітку?

9. До діуретиків належать:

- а) анаприлін;
- б)  лазикс;
- в) ніфедипін;
- г) капотен;
- г) атенолол.

10. У патогенезі гіпертонічної хвороби наявні чинники:

- а)  активізація симпатико-адреналової системи, виснаження депресорної;
- б) активізація депресорної системи;
- в) пригнічення симпатико-адреналової системи;
- г) активізація депресорної системи, пригнічення симпатико-адреналової;
- г) усе неправильно.

Еталони відповідей на тести

- 1 — г; 2 — а; 3 — а; 4 — б; 5 — г; 6 — г; 7 — г; 8 — а; 9 — б;  
10 — а.

### Ситуаційні задачі

1. При проведенні профілактичного огляду в пацієнта М., 40 років, виявлено цифри АТ 160/90 мм рт. ст. Ні на що не скаржиться. Оцініть рівень артеріального тиску. Які дії сімейної медсестри?

2. Хвора Х. на прийомі в сімейного лікаря. Скаржиться на головний біль, серцебиття, тремтіння в тілі. 2 роки тому ліку валася в ендокринологічному відділенні через захворювання щитоподібної залози. АТ — 180/95 мм рт. ст. Пульс — 120 за 1 хв. Який синдром у пацієнтки? Який діагноз можна припустити?

3. Виклик додому на дільниці сімейної медицини до пацієнта Н., 28 років. Скаржиться на головний біль, біль у ділянці серця. Під час огляду: повіки набряклі, лице одутле. АТ — 180/110 мм рт. ст. Сеча кров'яниста. Температура тіла —

38,2 °С. Які синдроми в пацієнта? Яке захворювання можна запідозрити? Де лікувати цього хворого?

4. Хвора С., 58 років. Перебуває на диспансерному обліку через гіпертонічну хворобу II ст. Скаржиться на головний біль у потиличній ділянці, слабкість, «мушки» перед очами. Погіршення стану відзначає протягом останнього тижня (їла багато солоного, копченого). АТ — 200/140 мм рт. ст. Який імовірний діагноз? Які дії сімейної медсестри?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. НАГ. Призначити обстеження: креатинін, холестерин, ліпіди крові, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, ЕКГ, консультація окуліста, невропатолога. Рекомендувати обмежити сіль, рідину, проводити контроль АТ. Повторний огляд — після обстеження.

2. Синдром артеріальної гіпертензії. Найімовірніше, це симптоматична гіпертензія, пов'язана із захворюванням щитоподібної залози (ДТЗ).

3. Гіпертензивний, набряковий, сечовий. Імовірне захворювання нирок (гострий гломерулонефрит). Лікувати в денному стаціонарі або нефрологічному відділенні.

4. Гіпертонічна хвороба II ст. Гіпертонічний криз II типу. Алгоритм дій сімейної медсестри в разі кризи II типу.

## СИНДРОМ ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

*Аритмії* — це порушення правильності серцевого ритму, виражене в зміні частоти, сили серцевих скорочень або часу проведення імпульсу.

Ці стани можуть бути минущі або постійні; виникають здебільшого в разі органічних уражень серцево-судинної системи. Вони зумовлені порушенням найважливіших функцій міокарда: автоматизму, збудливості і провідності.

Причини виникнення аритмій:

- ураження серця: ішемічна хвороба серця (у тому числі постінфарктні аритмії), вади серця, кардіоміопатії, природжені дефекти серця, травми серця, деякі лікарські препарати, що застосовують для лікування захворювань серця (серцеві глікозиди, антиаритмічні препарати);

- позасерцеві:

- ✓ шкідливі звички (тютюнопаління, наркоманія (особливо кокаїнова), зловживання алкоголем, кавою і кофеїнумісними продуктами (зокрема шоколадом);

- ✓ порушення ритму життя: стреси, недостатня тривалість сну;

- ✓ вживання деяких лікарських препаратів: традиційні засоби при застуді, що знижують масу тіла, деякі фітопрепарати, що виявляють стимулювальний вплив на серцево-судинну систему (женьшень, хвойник та ін.);

- ✓ захворювання інших органів і систем організму (ендокринна патологія, системні захворювання сполучної тканини, хвороби нирок та ін.);

- ✓ електролітні порушення (зміна співвідношення рівня калію, натрію, кальцію, магнію всередині і позаклітинному просторі): тривале вживання сечогінних препаратів, втрата

електролітів через травний канал (тривала діарея, блювання), захворювання, що характеризуються порушенням усмоктування електролітів.

Типові скарги пацієнтів із порушеннями ритму:

- серцебиття (сильні і прискорені серцеві удари);
- періодичне випадання чергового скорочення;
- перебої у серцевій діяльності;
- запаморочення або непритомність унаслідок недостатнього надходження в головний мозок крові;
- біль у ділянці серця (часто за типом стенокардитичної);
- задишка.

**Класифікація аритмій.** Відповідно до класифікації В.Л. Доцицина (1993) враховують основні механізми розвитку аритмій:

1) аритмії, пов'язані з порушенням утворення імпульсу:

- синусова тахікардія;
- синусова брадикардія;
- синусова аритмія;
- екстрасистолії;
- пароксизмальна тахікардія;
- непароксизмальна тахікардія;
- тріпотіння передсердь;
- мерехтіння передсердь;
- тріпотіння і мерехтіння передсердь;

2) порушення провідності — блокади (синоатріальні, внутрішньопередсердні, атріовентрикулярні, внутрішньошлуночкові);

3) комбіновані аритмії.

**Діагностика аритмій** ґрунтується на проведенні додаткових методів дослідження:

- провідну роль відіграє електрокардіографічне дослідження (ЕКГ) завдяки його неінвазивності і доступності. За допомогою ЕКГ можна визначити вид аритмії і локалізацію ушкодження (див. алгоритм розшифрування ЕКГ);

- холтеровський моніторинг — різновид ЕКГ, коли забезпечується тривала (найчастіше протягом доби) реєстрація серцевого ритму в разі перебування пацієнта в природних умовах життя, що дає змогу відстежити динаміку зміни аритмії в зазначений проміжок часу і співвіднести її з фізичним, психіч-

ним навантаженням, іншими життєвими ситуаціями, а також вживанням лікарських препаратів;

- черезстравохідна ЕКГ і кардіостимуляція — це метод фіксації електричної активності серця електродом, що встановлюють у стравоході в безпосередній близькості до серця;

- стимуляція серця через цей електрод може бути використана для діагностики “прихованих” порушень серцевого ритму і визначення патологічного джерела (вогнища) електричного збудження серця, а також додаткових шляхів проведення збудження м'язом серця;

- ультразвукове дослідження дає змогу оцінити структуру і функцію серця.

Катетеризація серця — інвазивне втручання, коли в камеру серця вводять спеціальний катетер. За допомогою цієї процедури можна провести прицільне електрокардіографічне дослідження, зруйнувати виявлене вогнище патологічної активності.

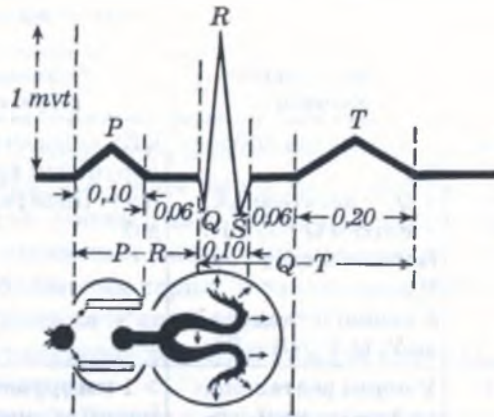
#### Алгоритм розшифрування ЕКГ

Пор. номер	Завдання	Послідовність виконання	Оцінювання результату
1	Визначити правильність серцевого ритму	Порівняти інтервали $R-R$ між собою	Вони однакові в разі правильного ритму і різні при аритмії
2	Визначити ЧСС	ЧСС = $60 : (RR)$ Інтервал $R-R$ у секундах	
3	Оцінити зубець $P$ (збудження передсердь)	Виміряти тривалість ( $N < 0,1$ с). Виміряти амплітуду ( $N = 2,5$ мм)	
4	Оцінити інтервал $P-Q$ (час поширення збудження від передсердь до шлуночків)	Тривалість у нормі $0,12-0,2$ с	$PQ > 0,2$ с — блокада I ступеня (міокардит, ІХС, передозування глікозидів, $\beta$ -блокаторів)

Пор. номер	Завдання	Послідовність виконання	Оцінювання результату
5	Оцінити комплекс <i>QRS</i> (збудження шлуночків)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тривалість 0,06—0,1 с.</li> <li>• <i>Q</i> — негативний.</li> <li>• Висота <math>Q = 1/4 R</math>.</li> </ul> <i>R</i> наростає від $V_1$ до $V_4$ . <i>S</i> зменшується від $V_1$ до $V_6$ ( $V_3 - S = R$ )	<i>QRS</i> змінюється при порушенні провідності (інфаркт міокарда)
6	Оцінити сегмент <i>ST</i>	У нормі розташований на ізолінії, допускається зрушення не більше ніж 0,5 мм від ізолінії	> 1 мм зрушення при ішемії міокарда, перикардитах, передозуванні серцевих глікозидів
7	Оцінити зубець <i>T</i>	<i>V I, II, AVF, V<sub>2-6</sub></i> — завжди позитивний; <i>V AVR</i> — завжди негативний; в інших — $i^{+}$ $i^{-}$	Змінюється полярність при ішемії, міокардитах, гіпертрофії шлуночків
8	Оцінити зубець <i>U</i>	Оцінювати у відведеннях $V_{2-6}$ , позитивний	З'являється і збільшений при гіпокаліємії, ендокринній патології
9	Оцінити інтервал <i>Q—T</i>	Залежить від віку, статі, ЧСС. Визначають за спеціальними таблицями	Подовження <i>Q—T</i> — провісник порушення ритму, при передозуванні ліків (кардамо-ну)

Аналіз ЕКГ завершується лікарським висновком про наявність будь-якого електрокардіографічного синдрому (аритмії, ішемії, гіпертрофії шлуночків та ін.)

**Синусова тахікардія** — почастішання ЧСС понад 90 за 1 хв. Хворі скаржаться на серцебиття. Пульс частий. На ЕКГ — частий ритм із нормальною послідовністю поширення збудження. Виникає при фізичному і емоційному навантаженні, вживанні алкоголю, кави, тютюнопалінні, швидкому зниженні АТ, лихоманці, тиреотоксикозі, серцевій недостатності. Її мо-



Мал. 29. Нормальна ЕКГ

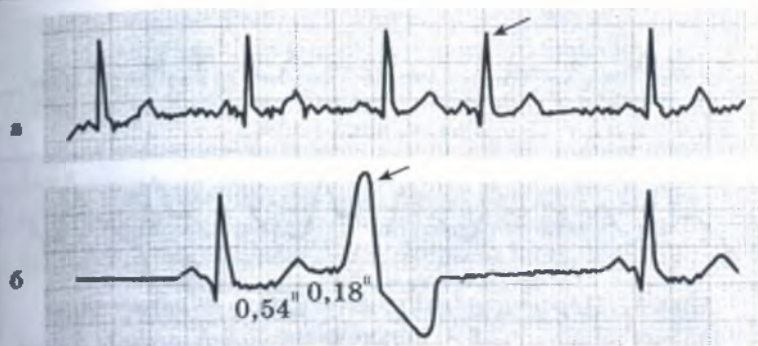
жуть зумовити деякі лікарські засоби (адреналін, еуфілін, алу-  
пент, атропін, тиреоїдин, кортикостероїди). Лікування спря-  
моване на основне захворювання.

**Синусова брадикардія** — зниження ЧСС менше ніж 60 за  
1 хв. Часто людина цього не помічає, рідше відчуває пульсацію  
в ділянці серця. При брадикардії менше ніж 40 за 1 хв хо-  
лодіють кінцівки, людина непритомніє. Іноді брадикардія ви-  
никає у здорових і фізично тренуваних осіб. Причиною цього  
можуть бути різні захворювання (гіпотиреоз, черевний тиф,  
голодування), лікарські засоби ( $\beta$ -адреноблокатори, препарати  
калію). Здорові особи лікування не потребують. В інших ви-  
падках лікують основне захворювання.

Деякі хворі тяжко переносять брадикардію і потребують  
електрокардіостимуляції.

**Екстрасистоля** — передчасне скорочення серця. Розріз-  
няють надшлуночкові і шлуночкові екстрасистоли. Екстрасис-  
толи можуть виникати в здорових осіб (зловживання кавою,  
міцним чаєм, тютюнопаління), при різних захворюваннях  
(ІХС, міокардит та ін.), вживанні препаратів (симпатомімети-  
ки, еуфілін). Поодинокі екстрасистоли (до 5 за 1 хв) не станов-  
лять небезпеки для життя, але часті екстрасистоли передують  
миготливій аритмії.

На ЕКГ при передсердній екстрасистолії виникає передчас-  
но дещо змінений зубець *P*. За ним іде нормальний шлуночко-

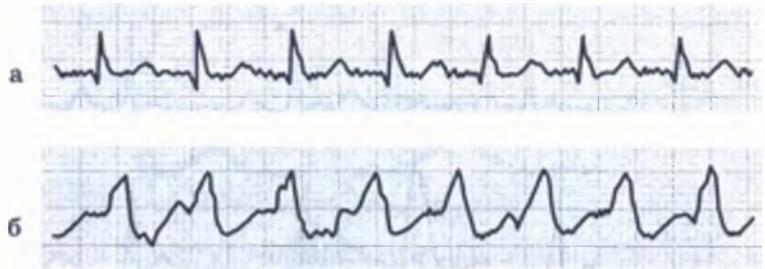


Мал. 30. Екстрасистола: а — передсердна; б — шлуночкова

вий комплекс. При шлуночковій екстрасистолі змінений і розширений комплекс *QRST*, якому не передує зубець *P*. Рідкісні екстрасистоли не потребують лікування. Варто з'ясувати причину й намагатися її усунути. Якщо це емоційні чинники, ефект можуть дати седативні препарати. Якщо цього недостатньо, застосовують антиаритмічні засоби протягом декількох днів або тижнів. Дози підбирають індивідуально. При надшлуночкових екстрасистолах найчастіше призначають верапаміл (по 40—80 мг 3—4 рази на день), пропранолол (по 10—40 мг 3—4 рази на день). При шлуночкових — більш активні новокаїнамід (по 250—500 мг 4—6 разів на день), етацизин (по 50 мг 2—4 рази на день). При частих екстрасистолах лікування проводять у стаціонарі.

**Пароксизмальна тахікардія** — напади надшлуночкової або шлуночкової тахікардії, що раптово виникають і закінчуються, із частотою 120—240 за 1 хв. Хворий скаржиться на напад серцебиття, який часто запускається екстрасистолю (хворий часто відчуває поштовх у груді). При надшлуночкової тахікардії напад часто супроводжується пітливістю, рясним сечовипусканням, посиленою перистальтикою кишків. Напад можна зняти, використовуючи рефлекторні методи (див. алгоритм дій сімейної медсестри при нападі надшлуночкової тахікардії).

Розрізнити форми пароксизмальної тахікардії можна лише на ЕКГ.



Мал. 31. Пароксизмальна тахікардія: а — пересердна;  
б — шлуночкова

При надшлуночкової тахікардії шлуночкові комплекси нормальні. Зубця *P* може не бути. При шлуночковому комплексі *QRST* деформовані, передсердя збуджуються незалежно від шлуночків. Причинами може бути будь-яке захворювання серця, емоційне та психічне навантаження, тютюнопаління, алкоголь, інтоксикація глікозидами.

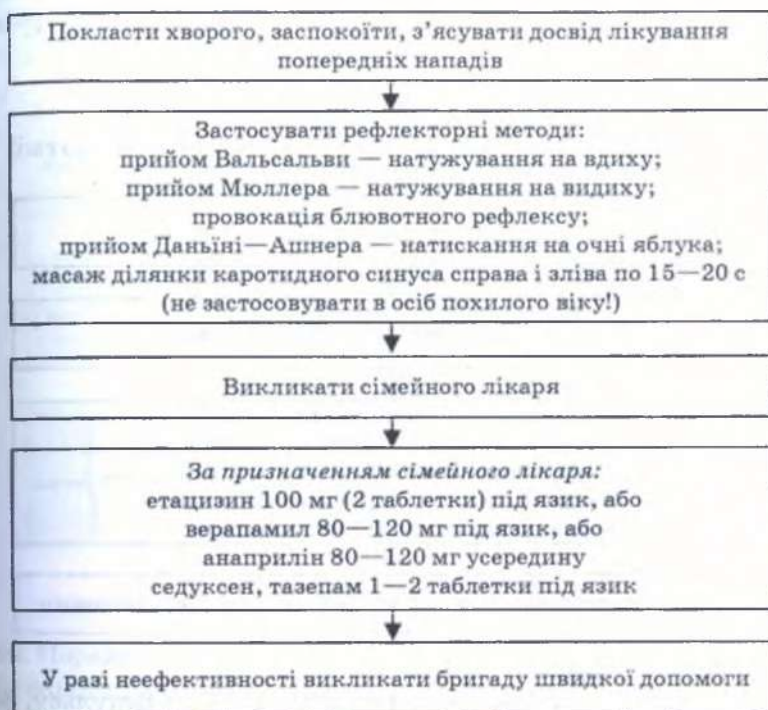
Пароксизм шлуночкової тахікардії переноситься гірше, ніж надшлуночкова тахікардія. Найчастіше це призводить до артеріальної гіпотензії, серцевої недостатності. Шлуночкова тахікардія може бути провісником мерехтіння шлуночків. Хворі потребують невідкладної допомоги.

У стаціонарі застосовують методи електрокардіостимуляції (черезстравохідної або внутрішньопередсердної) передсердь або електроімпульсної терапії.

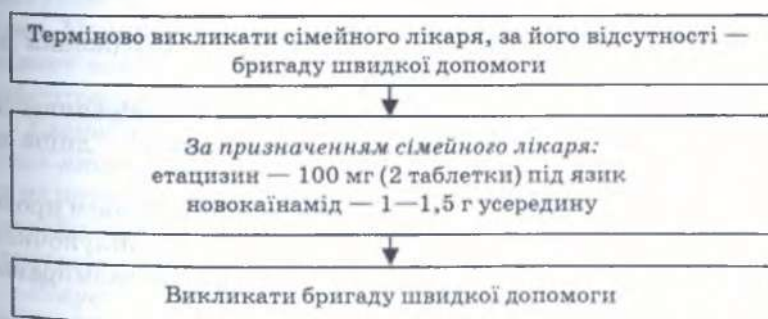
**Миготлива аритмія** (мерехтіння і тріпотіння передсердь) — порушення ритму, коли спостерігається хаотичне збудження і скорочення м'язових волокон передсердь. До шлуночків проводяться не всі імпульси, викликаючи їх аритмічні скорочення. На ЕКГ зубець *P* відсутній. Замість нього — хвилі різної конфігурації, шлуночкові комплекси хаотичні. Інтервали *R—R* різні. Форма шлуночкових комплексів частіше не змінена. У разі тахіформи ЧСС — близько 100—150 за 1 хв.

Хворі відчувають серцебиття, пульс безладний, аритмічний. Визначається дефіцит пульсу. Він відбиває ступінь тяжкості миготливої аритмії. Зменшення дефіциту пульсу свідчить про покращення стану пацієнта, ефективність проведеного лікування.

### Алгоритм дій сімейної медсестри при нападі надшлуночкової тахікардії



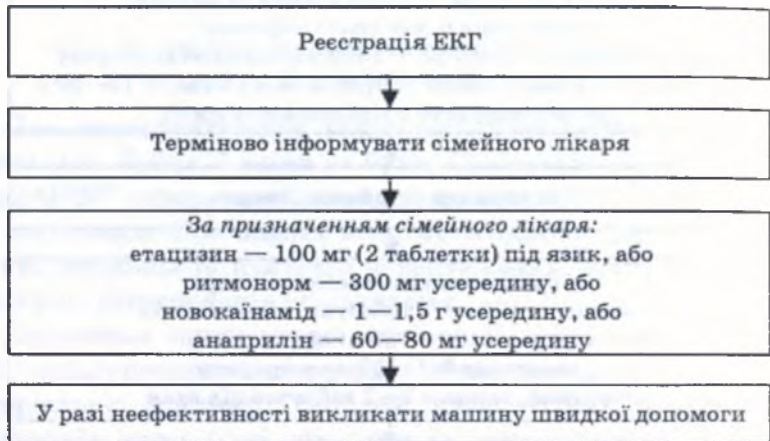
### Алгоритм дій сімейної медсестри при пароксизмальній шлуночкової тахікардії



**Увага!** У випадку первинної шлуночкової тахікардії — екстрена госпіталізація.

Лікування включає терапію основного захворювання (ревмокардит, ІХС, тиреотоксикоз), призначення антиаритмічних препаратів (новокаїнамід, ритмонорм, анаприлін), електроімпульсну терапію.

### Алгоритм дій сімейної медсестри при миготливій аритмії



**Блокади** пов'язані з порушенням провідності імпульсу. Залежно від місця порушення провідності розрізняють:

- синоатріальні — порушена провідність між синусовим вузлом і передсердям, характеризується випаданням окремих комплексів *PQRST*;
- атріовентрикулярні (AV) — порушене проходження імпульсів від передсердь до шлуночків.

*AV-блокада I ступеня* характеризується подовженням інтервалу *P—Q* більше ніж на 0,2 с. Діагностика — лише на ЕКГ.

*AV-блокада II ступеня (неповна)* — не всі імпульси проводяться до шлуночків і на ЕКГ випадають деякі шлуночкові комплекси. Хворий при цьому може відчувати завмирання серця.

*AV-блокада III ступеня (повна)* характеризується повним припиненням проходження імпульсу передсердь до шлуноч-



Мал. 32. Повна AV-блокада

ків. Передсердя і шлуночки скорочуються в незалежному одне від одного ритмі. Пульс сповільнюється до 40—20 за 1 хв.

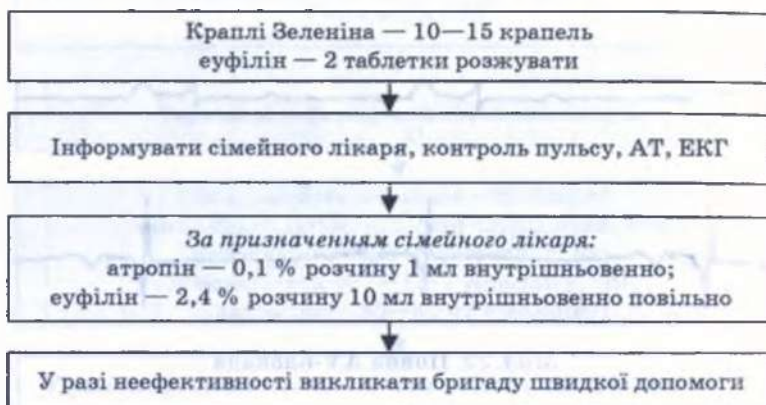
При повній блокаді може виникнути синдром Морганї—Адамса—Стокса. Напад розпочинається раптово. З'являються слабкість, занепокоєння. Хворий блідне і непритомніє. Потім поступово наростає ціаноз. З'являються клонічні і тонічні судоми. Можливі мимовільне сечовипускання і дефекація. У цей момент може настати фібриляція шлуночків, що призводить до раптової смерті.

Блокада ніжок передсердно-шлуночкового пучка діагностується лише на ЕКГ. При тривалій блокаді спеціальне лікування не потрібне. Якщо поява блокади пов'язана із загостренням хвороби серця — лікують загострення. Іноді застосовують електрокардіостимуляцію.

Лікування блокад включає лікування основного захворювання (міокардит, гіпертонічна хвороба, вади серця). При виражених порушеннях гемодинаміки, повній блокаді показана госпіталізація хворих у профільні відділення для розв'язання

питання про доцільність імплантації штучного водія серцевого ритму. Після імплантації водія серцевого ритму необхідно контролювати його справність 1 раз на півроку. Періодично пацієнтам призначають антиагрегатну терапію. Їм небажано призначати електромагнітні процедури, мобільний телефон повинен перебувати на відстані не менш 15 см від пацієнта.

### Алгоритм дій сімейної медсестри при брадіарitmії



**Увага!** При синдромі Адамса—Морганьї—Стокса терміново викликати машину швидкої допомоги.

### Тести

1. Під час вимірювання пульсу медсестра виявила, що його частота становить 42 за 1 хв. Це:

- норма;
- тахікардія;
- брадикардія;
- аритмія;
- дефіцит пульсу.

2. Типові симптоми аритмій:

- підвищення артеріального тиску;
- зниження артеріального тиску;

- в) гіпертрофія лівого шлуночка;
- г) головний біль, «мушки» перед очами;
- г) серцебиття, перебої, непритомність.

3. Дефіцит пульсу — це:

- а) пульс менше ніж 60 за 1 хв;
- б) різний за наповненням пульс на різних кінцівках;
- в) аритмічний пульс;
- г) різниця між ЧСС і кількістю пульсових ударів на променевої артерії;
- г) пульс 150—200 за 1 хв.

4. Які препарати слід приготувати медсестрі для надання допомоги при нападі пароксизмальної тахікардії:

- а) анаприлін, етацизин;
- б) дибазол, клофелін;
- в) анальгін, нітрогліцерин;
- г) еуфілін, атропін;
- г) ізадрин, атропін?

5. Які рефлекторні методи можуть виявитися ефективними при нападі пароксизмальної тахікардії:

- а) натужування на висоті вдиху;
- б) натужування на висоті видиху;
- в) натискання на закриті очні яблука;
- г) викликання блювотного рефлексу;
- г) усе, перелічене вище?

6. Зміни на ЕКГ при блокаді I ступеня:

- а) інтервал  $P$  натужування  $Q$  понад 0,2 с;
- б) дуга Парді;
- в) зрушення інтервалу  $S-T$ ;
- г) тахікардія;
- г) змінений комплекс  $QRS$ .

7. Блокади виникають унаслідок порушення:

- а) автоматизму серця;
- б) скоротливої функції міокарда;
- в) провідності;

- г) збудливості;
- г) усе неправильно.

**8. Показанням для призначення штучного водія ритму є:**

- а) тахікардія;
- б) аритмія;
- в) повна блокада;
- г) високий АТ;
- г) гіпотонія.

**9. Нормальні показники частоти пульсу:**

- а) 20—40 за 1 хв;
- б) 30—50 за 1 хв;
- в) 40—60 за 1 хв;
- г) 60—80 за 1 хв;
- г) 70—90 за 1 хв.

**Еталони відповідей на тести**

- 1 — в; 2 — г; 3 — г; 4 — а; 5 — г; 6 — а; 7 — в; 8 — в; 9 — г.

### *Ситуаційні задачі*

1. На прийом до сімейної медсестри звернувся пацієнт К. зі скаргами на напад серцебиття, що виник уперше. З анамнезу: багато палить, зловживає алкоголем. Пульс — 164 за 1 хв, ритмічний. ЧСС — 164 за 1 хв. Який імовірний діагноз? Які дії сімейної медсестри?

2. Сімейна медсестра бере участь у проведенні профілактичного огляду. У пацієнта А., професійного спортсмена, виявила пульс 52 за 1 хв, АТ — 120/70 мм рт. ст. Скарг немає. Нічим не хворів. На ЕКГ — пульс 50 за 1 хв. Інших змін немає. Оцініть показники пульсу і тиску. Які дії сімейної медсестри?

3. На прийомі пацієнтка, 32 років, скаржиться на серцебиття, тремтіння в усьому тілі. Під час огляду: змінена форма шиї, витрішкуватість. Симптоми з'явилися після смерті батька. Пульс — 120 за 1 хв, АТ — 180/100 мм рт. ст. Оцініть показни-

ки гемодинаміки. З чим пов'язані напади серцебиття? Які дії сімейної медсестри?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Напад пароксизмальної тахікардії. Інформувати сімейного лікаря, зробити ЕКГ, застосувати рефлексорні методи (Вальсальви, Мюллера та ін.). Якщо на ЕКГ виявлено ознаки шлуночкової тахікардії (комплекси *QRST* деформовані), хворий потребує термінової госпіталізації.

2. АТ у межах норми. Пульс 52 за 1 хв — брадикардія. Пацієнт не має потреби в лікуванні, це варіант норми для спортсмена.

3. Артеріальна гіпертензія. Тахікардія. Найімовірніша причина — тиреотоксикоз. Призначити ЕКГ, гормони крові  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ, УЗД щитоподібної залози.

## СИНДРОМИ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ

Це патологічний стан, адже серцево-судинна система не здатна забезпечити внутрішні органи і тканини необхідною кількістю крові для їхнього нормального функціонування в стані спокою або запропонованого навантаження. Недостатність кровообігу поділяють на гостру (розвивається протягом декількох хвилин або годин) і хронічну, ознаки якої формуються від декількох тижнів до десятків років.

Гостра недостатність кровообігу включає синдроми гострої судинної і гострої серцевої недостатності.

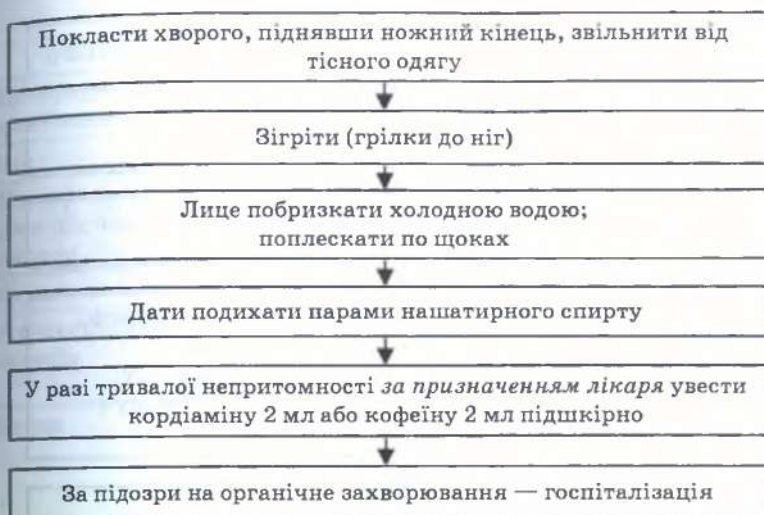
### Синдром гострої судинної недостатності

Характеризується порушенням периферійного кровообігу, що супроводжується зниженням артеріального тиску і порушенням кровопостачання органів і тканин. Синдром гострої судинної недостатності характеризується такими станами:

- непритомність;
- колапс;
- шок.

**Непритомність** — це короткочасна втрата свідомості, зумовлена раптовою транзиторною гіпоксією мозку. Причини: стреси, різка зміна положення тіла, перебування в задушливому приміщенні, порушення серцевого ритму (блокада, напад пароксизмальної тахікардії). *Клініка*: хворий відчуває слабкість, у нього “темніє в очах”, відзначається похолодіння кінцівок, знижується артеріальний тиск, пульс малого наповнення, знепритомнення, найчастіше до декількох секунд (рідко до 10—20 хв).

### Алгоритм дій сімейної медсестри при непритомності

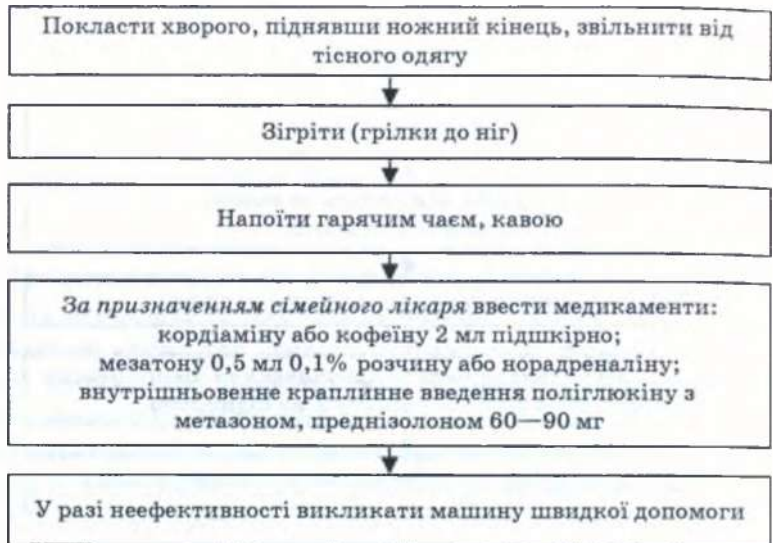


**Колапс** — це ознака синдрому гострої судинної недостатності, що пов'язано з порушенням регуляції судинного тонуусу. Найчастіші причини: зневоднювання, інтоксикація, крововтрати. Клінічно виявляється блідістю шкіри, холодним липким потом, артеріальною гіпотензією, оліго- або анурією (див. алгоритм дій сімейної медсестри при колапсі).

**Шок.** Причини різні (кардіогенний, анафілактичний, септичний, гіповолемічний, ендокринний, неврогенний та ін.). Гіповолемічний шок розвивається при кровотечах, нестримному блюванні і проносі. Кардіогенний шок буває при інфаркті міокарда, міокардитах. Септичний — при пневмонії, уросепсисі, септичному аборті, гнійному холециститі. Анафілактичний шок спричинюється введенням лікарських препаратів, укусами комарів та ін. Ендокринний шок спостерігається при гострій наднирковій недостатності.

Для діагностики гострої судинної недостатності вимірюють рівень артеріального тиску, частоту пульсу і серцевих скорочень, діурез, температуру тіла. Звертають увагу на дані анамнезу і симптоми, що допоможуть виявити причину (блювання у вигляді кавової гущі, кровохаркання, зв'язок із введенням лікарських речовин, наявність у пацієнта захворювання та ін.).

## Алгоритм дій сімейної медсестри при колапсі



## Синдром гострої серцевої недостатності

Розрізняють гостру ліво- і правошлуночкову недостатність.

*Гостра лівошлуночкова недостатність* має двохетапний перебіг:

1 етап — серцева астма;

2 етап — набряк легені.

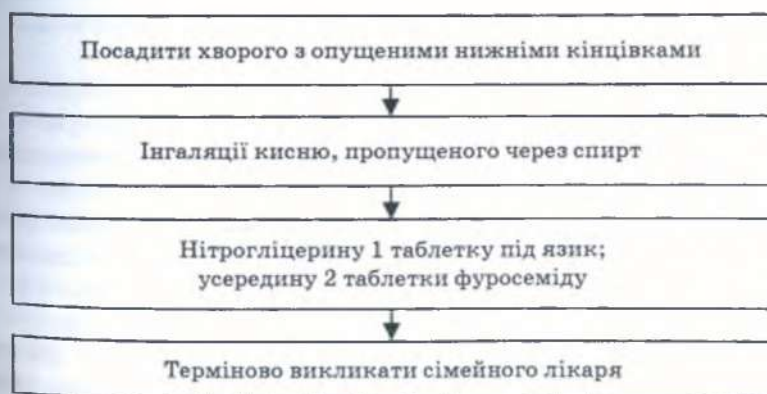
Причини: інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, вади серця, міокардит. Розвивається застій у малому колі кровообігу.

*Клініка:* спочатку виникає напад ядухи, сухий кашель, хворий займає вимушене положення — ортопное. Задишка інспіраторна або змішана. При прогресуванні стану розвивається набряк легенів: клекотливе дихання, кашель із пінистим рожевим мокротинням, над легенями — значні вологі різнокаліберні хрипи (табл. 43). Див. алгоритм дій сімейної медсестри при серцевій астмі і набряку легенів на с. 335.

Таблиця 43. Диференціально-діагностичні ознаки  
серцевої і бронхіальної астми

Ознаки	Бронхіальна астма	Серцева астма
Попередні захворювання	Органів дихання	Органів кровообігу
Вік	Різний	Частіше похилий
Поведінка хворого під час нападу	Малорухливий, пригнічений	Збуджений, рухливий, занепокоєний
Задишка	Експіраторна	Інспіраторна, змішана
Аускультация легенів	Множинні сухі зі свистом хрипи	Недзвінкі вологі дрібнопухирчасті хрипи в нижніх відділах легенів
Серце	Межі найчастіше не змінені, акцент II тону над легеневою артерією	Зазвичай межі розширені, переважно вліво. Тони серця глухі. Аритмія, тахікардія
Мокротиння	В'язке, важко відділяється. Під час мікроскопії виявляють велику кількість еозинофілів, спіралі Куршмана	Відходить легко, рідке (серозне), іноді з домішкою крові; еозинофілів зазвичай немає

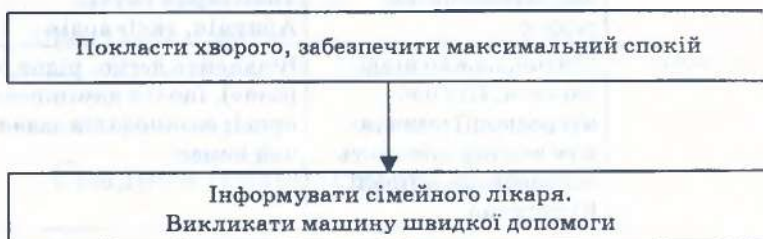
### Алгоритм дій сімейної медсестри при серцевій астмі і набряку легенів



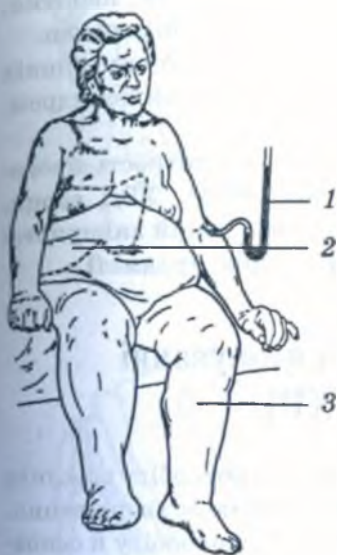
**Гостра правошлуночкова недостатність** може з'явитися при тромбоемболії легеневої артерії, тяжкому нападі бронхіальної астми, гострій пневмонії, інфаркті правого шлуночка. У хворого виникає застій у великому колі кровообігу. Клінічні ознаки: набрякання шийних вен, збільшення розмірів печінки, асцит, ціаноз і тахікардія.

Особлива форма — **кардіогенний шок** з поєднанням лівошлуночкової і судинної недостатності і порушенням периферійного кровообігу. **Клініка:** АТ знижується до 90/60 мм рт. ст. і нижче, порушується свідомість (від непритомності до коми), оліго- або анурія, шкіра ціанотично-мармурова, волога.

#### Алгоритм дій сімейної медсестри в разі кардіогенного шоку



## Синдром хронічної недостатності кровообігу



Мал. 33. Вигляд хворої з хронічною недостатністю кровообігу: 1 — підвищення венозного тиску; 2 — асцит, збільшення печінки; 3 — набряки

Поширеність становить від 0,5 до 2 % серед дорослого населення. У Великобританії щорічна захворюваність — 300 на 100 000 населення.

Причини: ІХС, артеріальна гіпертензія, вади серця, міокардити тощо.

*Класифікація хронічної недостатності кровообігу*  
(М.Д. Стражеско, В.Х. Василенко)

*I стадія:*

— період А — доклінічний, виявляється лише під час ультразвукового дослідження серця;

— період Б — є ознаки ліво- (незначна задишка, серцебиття, акроціаноз) або правошлуночкової (пастозність гомілок наприкінці дня) недостатності;

*II стадія:*

— період А — є ознаки ліво- (задишка, напади ядухи, сухий кашель, у легенях сухі хрипи) або правошлуночкової (набрякання шийних вен, біль у правому підребер'ї, збільшення пе-

чінки, набряки нижніх кінцівок, зниження діурезу) недостатності.

— період В — виражені ознаки право- і лівошлуночкової недостатності: задишка в стані спокою, серцебиття, набряки, рідина в черевній порожнині, збільшення розмірів печінки.

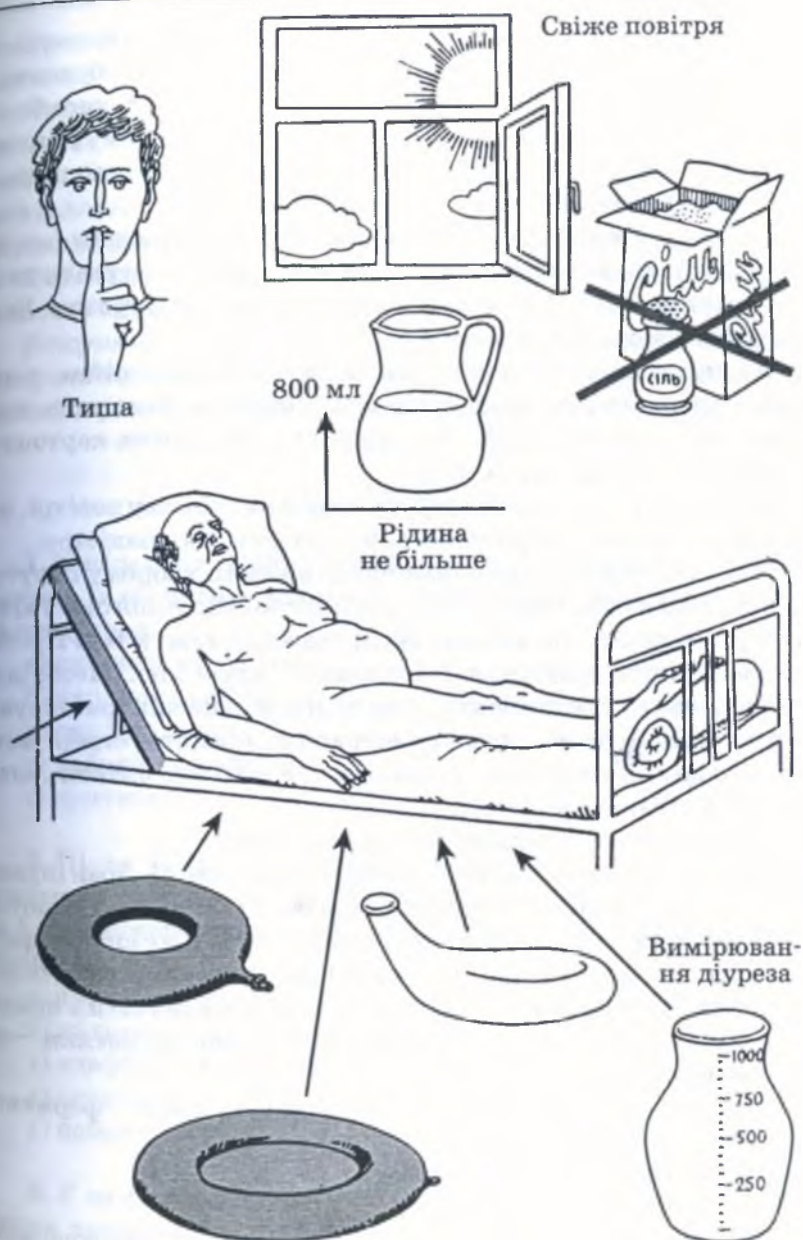
*III стадія* — дистрофічна — необоротні зміни внутрішніх органів і тканин. Виражений набряково-асцитичний синдром, кахексія, застійний цироз печінки.

Для виявлення синдрому хронічної недостатності проводять дослідження: електрокардіографія, КТМ, УЗД серця, ферменти крові. Для виявлення початкових стадій використовують навантажувальні тести (велоергометрія, тредміл).

## Роль сімейної медсестри в лікуванні і профілактиці ХНК

Для лікування хронічної недостатності кровообігу важливо своєчасно виявити причину і лікувати основне захворювання. Залежно від стадії хронічної недостатності кровообігу й основного захворювання пацієнт може отримувати лікування амбулаторно, в денному стаціонарі. У разі призначення амбулаторного лікування сімейна медсестра контролює його виконання, дає рекомендації пацієнтові з дотримання дієти, водного режиму тощо. За наявності в родині хворого з хронічною недостатністю кровообігу III стадії навчає родину принципів догляду за пацієнтом (мал. 34).

Пацієнту забороняють навантаження, що посилюють тахікардію і задишку. Психічне перевтомлення, переживання, безсоння, вживання великої кількості їжі на ніч, непомірне вживання алкоголю, статеві ексцеси при захворюваннях серця можуть призвести до серцевої недостатності. З іншого боку, ще С.П. Боткін писав, що "суб'єкт з тією чи іншою вадою серця, що засвоїв помилкові гігієнічні поняття, завзято залишаючи свої м'язи в бездіяльності, починає задихатися під час незначного руху, і навпаки, суб'єкт, що має подібне страждання, але ще не відучив свої нервові дихальні апарати від певної міри впливу збудника, робить рухи без різкого відчуття задишки".



Мал. 34. Догляд за хворим з хронічною недостатністю кровообігу

Тобто спокій має бути дозований. За вираженої недостатності призначають постільний режим або, що краще, перебування в зручному кріслі. Необхідно пам'ятати про можливі тромбоемболії, пневмонії, пролежні при тривалому постільному режимі. Корисна лікувальна фізкультура, особливо дихальна гімнастика і гімнастика для ніг.

Вживання кухонної солі обмежити до 2—5 г на добу (норма — 6—15 г). На короткий термін можна порекомендувати тяжким хворим рисово-компотну діету. Стежити за діурезом. Контролювати водний баланс.

Харчування часте, 5—6 разів на добу, малокалорійне, переважно молочно-рослинні продукти. Корисно включати продукти, що містять калій, — інжир, курага, печена картопля, родзинки, вівсяна крупа тощо.

Лікувальна гімнастика, прогулянки на свіжому повітрі, необтяжлива праця в саду можуть поліпшити стан пацієнта.

Сімейна медсестра повинна вміти вселити хворому почуття впевненості в собі, навчити радіти життю. Ще Ambroise Pare в 1509 р. зазначав, що «веселі люди завжди одужують». Протипоказане тютюнопаління і вживання алкоголю. Необхідно нормалізувати сон пацієнта. Для цього можна використовувати прогулянки перед сном, провітрювати кімнати, створювати оптимальну температуру в спальні (18—20 °C), читати легку літературу перед сном і т. д.

З медикаментів пацієнтам призначають:

- діуретики (гіпотіазид, трімур, фуросемід). Дози індивідуальні, варіюють у широких межах (наприклад, гіпотіазид від 25 мг 1—2 рази на тиждень до 100 мг щодня вранці). Слід пам'ятати, що багато які діуретики спричинюють втрату калію. Тому необхідно їх поєднувати з препаратами калію (панангін). Калійзберігаючі діуретики — це альдактон, тріамтерен;
- блокатори ангіотензинперетворювального ферменту (каптоприл, еналаприл);
- нітрогліцерин і нітросорбід;
- серцеві глікозиди.

Питання про трансплантації серця доцільно обговорювати з кардіохірургом у разі неефективності терапевтичного лікування в осіб молодого і середнього віку.

*Прогноз* визначають характер і активність основного захворювання.

Працездатність при I стадії ХНК залежить від способу роботи і може зберігатися, якщо діяльність не пов'язана з фізичними і значними психоемоційними навантаженнями. У разі недостатності II стадії хворі зазвичай непрацездатні. При III стадії працездатність утрачена, хворі часто потребують догляду.

*Первинна профілактика* включає профілактику захворювань, що спричиняють ХНК.

*Вторинна профілактика* спрямована на запобігання прогресуванню стадії серцевої недостатності. Показане диспансерне спостереження хворого за основним захворюванням.

## Тести

1. У хворого з інфарктом міокарда з'явилися напад ядухи, кашель із пінистим рожевим мокротинням. Яке ускладнення розвинулося:

- а) легенева кровотеча;
- б) кардіогенний шок;
- в) серцева астма;
- г) набряк легенів;
- г) аритмія?

2. Після ін'єкції пеніциліну з'явилася задишка, хворий покритися холодним липким потом, знепритомів. Пульс — 120 за 1 хв, ниткоподібний. АТ — 50/30 мм рт. ст. Який найімовірніший діагноз:

- а) знепритомнення;
- б) колапс;
- в) анафілактичний шок;
- г) серцева астма;
- г) набряк легенів?

3. У пацієнта з крупозною пневмонією протягом декількох годин температура тіла знизилася з 39,5 до 36,0 °С. Яке ускладнення можна запідозрити:

- а) непритомність;

- б) колапс;
- в) шок;
- г) легенева кровотеча;
- г) набряк легенів?

4. Який препарат потрібно вибрати для надання невідкладної допомоги при колапсі:

- а) димедрол;
- б) промедол;
- в) анальгін;
- г) клофелін;
- г) кофеїн?

5. Виберіть положення хворого в стані непритомності:

- а) сидячи;
- б) горизонтальне з піднятою головою;
- в) горизонтальне з піднятими ногами;
- г) напівсидячи;
- г) на правому боці.

6. У хворого з гіпертонічною хворобою виник напад ядухи. АТ — 220/100 мм рт. ст. У легенях поодинокі вологі хрипи в нижніх відділах. Яке ускладнення розвинулося:

- а) серцева астма;
- б) бронхіальна астма;
- в) легенева кровотеча;
- г) кардіогенний шок;
- г) інфаркт міокарда?

7. Пацієнт під час забору крові в процедурному кабінеті знепритомнів. Шкірні покриви бліді, АТ — 110/75 мм рт. ст. Пульс — 72 за 1 хв. Невідкладна допомога повинна включати:

- а) інгаляції зволоженого кисню;
- б) гірчичник на ділянку серця;
- в) положення напівсидячи;
- г) вдихання парів нашатирного спирту;
- г) інгаляції кисню, пропущеного через спирт.

8. Пацієнт протягом 20 років стоїть на обліку з ІХС. Нині турбує напад ядухи з утрудненим вдихом, набряки на ногах, біль у животі. Печінка виступає на 4 см з-під краю ребрової дуги, болюча. У черевній порожнині — вільна рідина. Набряки вижвіх кінцівок. Визначіть ступінь ХНК:

- а) I А;
- б) I Б;
- в) II А
- г) II Б;
- г) III.

9. Поясніть пацієнту, що таке водний баланс:

- а) кількість рідини, виділеної за добу;
- б) співвідношення денного і нічного діурезу;
- в) співвідношення уведеної і виділеної за добу рідини;
- г) кількість рідини, уведеної за добу;
- г) усі відповіді правильні.

10. Що можна порекомендувати обмежити хворому з хронічною серцевою недостатністю (набряки нижніх кінцівок):

- а) сіль, рідину;
- б) білки, жири;
- в) вітаміни;
- г) вуглеводи;
- г) жири, вітаміни?

#### Еталони відповідей на тести

1 — г; 2 — в; 3 — б; 4 — г; 5 — в; 6 — а; 7 — г; 8 — г; 9 — в;  
10 — а.

#### Ситуаційні задачі

1. Сімейна медсестра брала кров у пацієнта А. у процедурному кабінеті, після чого пацієнт відчув слабкість, потім знепритомнів. АТ — 110/70 мм рт. ст. Пульс — 64 за 1 хв. Який імовірний діагноз? Які дії сімейної медсестри?

2. Хворий М. стоїть на диспансерному обліку з діагнозом «Гіпертонічна хвороба II стадії». При відвідуванні вдома скар-

житья на ядуху. Кашель із відділенням рожевого пінистого мокротиння. АТ — 200/100 мм рт. ст. Яке ускладнення розвинулося в пацієнта? Які дії сімейної медсестри?

3. У родині на дільниці сімейної медицини хворому з ХНК лікар призначив визначення водного балансу. Поясніть хворому мету процедури і методику її проведення.

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Непритомність. Див. алгоритм дій сімейної медсестри при непритомності.

2. набряк легені. Див. алгоритм дій сімейної медсестри при набряку легенів.

3. Водний баланс — це співвідношення введеної в організм і виділеної з нього рідини. Ділимо аркуш паперу на 3 стовпчики:

Дата, час	Уведено рідини в організм	Виділено рідини
	1. Випита рідина і рідина в перших стравах, фруктах, овочах. 2. Рідина, уведена внутрішньовенно	1. Кількість виділеної сечі. 2. Рідина, виділена з блювотними масами і випороженнями
Разом за добу		

У нормі кількість введеної рідини не повинна перевищувати кількість виділеної на понад 500—700 мл. Якщо ця цифра більша — рідина затримується в організмі.

## БІЛЬ У ЖИВОТІ

### Етіологія болю в животі

Причини гострого болю в животі дуже різноманітні. Найчастіше він виникає при патології таких органів:

- шлунка та дванадцятипалої кишки:
  - ✓ перфорація виразки шлунка або дванадцятипалої кишки;
  - ✓ гострі харчові отруєння;
  - ✓ гострий заворот і гостре розширення шлунка;
- печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози:
  - ✓ жовчнокам'яна хвороба;
  - ✓ гострий або загострення хронічного холецистититу;
  - ✓ перфорація жовчного міхура;
  - ✓ гострий або загострення хронічного панкреатиту;
  - ✓ швидке збільшення печінки при серцевій недостатності;
- тонкої і товстої кишок:
  - ✓ гостра кишкова непрохідність;
  - ✓ прорив кишки (черевний тиф, пухлини, неспецифічний виразковий коліт);
  - ✓ гострий апендицит;
- судин:
  - ✓ тромбоз брижових артерій і вен;
  - ✓ розшарування аневризми аорти;
  - ✓ вузликівий періартеріїт;
- очеревини і брижі:
  - ✓ перитоніт;
  - ✓ піддіафрагмовий абсцес;
- гінекологічних захворюваннях:
  - ✓ позаматкова вагітність;

- ✓ перекручування ніжки кісти;
- ✓ гострий аднексит;
- ✓ перфорація матки (аборт, розрив під час вагітності);
- нирок і сечових шляхів:
- ✓ сечокам'яна хвороба;
- ✓ пієлонефрит;
- ✓ інфаркт нирки;
- серця і легенів:
- ✓ інфаркт міокарда;
- ✓ перикардит;
- ✓ гостра пневмонія;
- ✓ плеврит;
- ✓ емболія легеневої артерії;
- селезінки:
- ✓ розрив селезінки (травматичний або при спленомегалії);
- нервової системи:
- ✓ оперізувальний лишай;
- ✓ сегментарні порушення;
- інших захворюваннях: діабетична кома, хвороба Шенляйна—Геноха, криз при хворобі Аддісона і тиреотоксикозі, психопатії та ін.

Для диференціальної діагностики багато важить проведений аналіз болючого синдрому: характер болю, іррадіація, причина виникнення, зв'язок із блюванням, проносом, кашлем та ін.

Біль у правому верхньому відділі живота найчастіше пов'язаний із захворюваннями печінки, жовчного міхура, дванадцятипалої кишки, правої нирки. При захворюваннях жовчних шляхів вони іррадіюють у праве плече і праву лопатку, при ураженні підшлункової залози — у спину, при каменях у нирках — у пахвинну ділянку, яечка. У верхньому лівому відділі біль з'являється при ураженні підшлункової залози, селезінки, лівої нирки. У правій нижній частині живота біль можуть спричинити ураження апендикса, сліпої кишки, правої нирки, сечоводу, статевих органів. У лівій нижній частині живота — при ураженні спадного відділу товстої, сигмоподібної кишки, лівої нирки і сечоводу, статевих органів.

Велике діагностичне значення має характер болю. Переймоподібний біль спостерігають при спастичних скороченнях

непосмугованих м'язів порожнинних органів. Біль, що поступово наростає, характерний для запальних процесів. Переймоподібний біль найчастіше трапляється у разі механічної кишкової непрохідності, ниркової і печінкової кольки. Біль за типом удар кинджалом з'являється при внутрішньочеревній катастрофі (проривна виразка, внутрішньочеревна кровотеча, прорив гнояка або кісти).

Важливо знати, на які хвороби раніше страждав хворий (виразкова, жовчно- або сечокам'яна хвороба та ін.), у жінок важливо зібрати гінекологічний анамнез. Під час об'єктивного обстеження важливо ретельно обстежити всі органи і системи. Звернути увагу на здуття живота, напруження м'язів передньої черевної стінки (гострий живіт), наявність запаху від хворого, ціанозу, набряків, збільшення печінки, жовтяниці.

## Синдром гострого живота

Термін "гострий живіт" застосовують, коли не вдається встановити точний діагноз гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини.

Симптоми гострого живота:

- ✓ раптова поява болю в животі (постійного або переймоподібного);
- ✓ нудота і блювання;
- ✓ часто затримка випорожнень і припинення відходження газів;
- ✓ обмежене або поширене напруження м'язів передньої черевної стінки;
- ✓ позитивний симптом Щоткіна—Блюмберга.

## Особливості збирання анамнезу в жінок із симптомами гострого живота

У всіх жінок із симптомами гострого живота необхідно зібрати гінекологічний анамнез. Розмовляти із хворою потрібно наодинці, без родичів, а тим паче сторонніх осіб. З'ясувати дату останньої менструації, останнього огляду гінекологом,

наявність хронічних гінекологічних захворювань, кількість абортів і пологів. Пам'ятати, що за різними причинами жінки приховують імовірність вагітності, до останнього моменту приховують наявність кримінального абарту. Треба пацієнтці докладно пояснити, що прихована нею інформація заплутає медичного працівника і відтягне надання адекватної допомоги (табл. 44).

**Пам'ятайте!** У цьому випадку найдоцільніша гіпердіагностика. У сумнівних випадках рекомендують залучати до спільної консультації хірурга й гінеколога в умовах багатопрофільної лікарні.

**Невідкладна допомога.** При клінічній картині гострого живота хворого негайно госпіталізують у хірургічне відділення. До моменту госпіталізації забороняється вводити безспокійливі засоби, антибіотики, проносні, ставити клізму, давати хворому їсти. Не варто витрачати час на уточнення діагнозу в умовах дільниці сімейної медицини.

## Гострий апендицит

Починається з болю в животі різної локалізації, найчастіше в надчеревній ділянці або правій здухвинній ділянці. Біль несильний, триває від 2 до 8 год, потім локалізується в правій здухвинній ділянці. Біль може затихнути на деякий час, а при деструкції червоподібного відростка знову посилитися, з'являючись на 2-й або 3-й день.

Можуть з'явитися такі синдроми: диспепсичний (втрата апетиту, нудота, однократне блювання, затримка випорожнень і газів, блювання не полегшує стану), запальний (температура тіла найчастіше субфебрильна, у загальному аналізі крові — лейкоцитоз, збільшена ШОЕ), перитонеальний (напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Боткіна — Блюмберга).

З'являються симптоми:

- Ровзинга — поштовхоподібні рухи руками в лівій здухвинній ділянці посилюють біль у правій здухвинній ділянці;

Таблиця 44. Диференціальна діагностика при синдромі гострого живота (перша доба захворювання)

	Процеси, що зумовлюють клінічну картину гострого живота, та захворювання, що призводять до його виникнення*				
Симптоми	Перфорація порожинних органів черевної порожини (шлунка або дванадцятипалої кишки при виразковій хворобі, клубової кишки при черевному тифі та ін.)	Гострі запальні процеси в черевній порожині (гострий апендицит, гнійний холецистит, флегмона шлунка або кишки, перитоніт та ін.)	Кровотеча в черевну порожнину (при позадатковій вагітності, апоплексії яєчника, закритих розривах печінки, селезінки та ін.)	Непрохідність кишок	
Раптовий біль у животі	Дуже різкий (удар кинджалом), надалі стабільний або трохи слабшає	Швидко наростає до різкого, надалі стабільний або поступово наростає	Спочатку різкий, незабаром слабшає, але може знову періодично посилюватися	Дуже різкий, переймоподібний, із "світлими" проміжками; перейми синхронні з перистальтикою	
				Обтураційна (рубцевий стеноз, перегин і перетяжка, гранульома, новоутворення, обтурація стороннім предметом, клубком аскарид та ін.)	
				Странгуляційна (заворот, вузликоутворення, обмеження внутрішньої грижі та ін.)	

Блювання	При проривній виразці шлунка або дванадцятипалої кишки відсутнє; трапляється, як правило, у разі перфорації інших порожнинних органів	Дуже часто, зазвичай одно-, дво-разове	Одноразове, спостерігається не завжди	Багаторазове, найчастіше буває в разі високої непрохідності і виникає відразу, при низькій непрохідності з'являється пізно	З'являється тим раніше і завзятіше, що вища странгуляція
Здуття живота	Відсутнє. Живіт плоский або втягнений	Незначне або відсутнє	Незначне або відсутнє	Спостерігається завжди. Видніються роздуті перистальтичні петлі кишок	Спостерігається завжди, часто асиметричне (нерухома, сильно роздута петля кишки)
Напруження м'язів черевної стінки	Дуже різке — дошкоподібний живіт	Виражене	Зазвичай є, але частіше нерізде	Немає	Частіше немає, іноді незначне в окремих ділянках

Дані перкусії	Зникає печінкова тупість (у положенні хворого сидячи)	Типові дані відсутні або непереконливі	Можливе притуплення у відлогих частинах живота	Різно виражений тимпаніт різного тону: від глухого "барабанного" звуку до дзвінкометалічного в різних ділянках живота	
Симптом Щоткіна—Блюмберга. Зміни загального стану	Різко виражений. Спочатку нетривалий час шоківі явища різного ступеня вираженості	Різко виражений. Різного ступеня підвищення температури тіла, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз	Є майже завжди, але зазвичай нерізко виражений. Явища наростання крововтрати, нерідко анепритомнення	Немає	
				Істотних змін спочатку немає	Наростання явищ шоку

**Примітки.**

1. Таблицю запозичено з Малої медичної енциклопедії (М., 1970. — Т. 12. — С. 195).

2. Картину гострого живота можуть симулювати нижньочасточкова пневмонія, інфаркт міокарда, ниркова колька, діабетичний криз і деякі інші захворювання, що не підлягають хірургічному лікуванню. У разі такого "псевдоабдомінального синдрому" потрібно пам'ятати про нечітку сумнівну симптоматику гострого живота.

3. У хворих, що отримували гормональні препарати або антибіотики, усі симптоми (особливо загальні) можуть бути виражені незначно.

4. При інвагінації кишок переважають симптоми obturaції, але є ознаки, властиві странгуляційній непрохідності.

- Ситковського — біль у правій здухвинній ділянці посилюється в положенні хворого лежачи на лівому боці;
- Воскресенського (симптом сорочки).

*Особливості гострого апендициту в дитячому віці (до 3 років):*

- труднощі збирання анамнезу;
- складність отримання об'єктивних даних;
- локалізація болю найчастіше в ділянці пупка;
- бурхлива клініка — багаторазове блювання, пронос, висока температура тіла;
- немає обмеження запалення через недорозвинення великого чепця, об'єктивні дані: лежать на правому боці або спині зі зведеними ногами, черевна стінка може брати участь в акті дихання, м'язи передньої черевної стінки можуть не напружуватися, рідше, ніж у дорослих, визначається симптом Щоткіна—Блумберга.

*Особливості гострого апендициту в осіб похилого і старечого віку:*

- реактивність організму знижена;
- больовий синдром виражений незначно;
- диспепсичний синдром найчастіше виявляється ознаками динамічної кишкової непрохідності;
- запальний синдром не виражений (температура тіла здебільшого у нормі, немає лейкоцитозу і збільшення ШОЕ);
- перитонеальний синдром і симптоми апендициту виражені незначно.

*Особливості гострого апендициту в жінок у другій половині вагітності:*

- зрушення больової зони залежно від терміну вагітності;
- рідко можна визначити напруження м'язів живота;
- симптоми виражені незначно;
- виражений запальний синдром;
- у положенні лежачи на лівому боці — біль у ділянці матки і пупка.

## Синдром непрохідності кишок

Це такий стан, коли припиняється просування кишкового вмісту в напрямку від шлунка до відхідника.

Розрізняють механічну непрохідність (пухлина, заворот, закупорювання просвіту кишок каловим каменем, клубком аскарид, спайкова хвороба) і динамічну, коли порушується перистальтика кишок (при перитоніті, після операції, при тяжкій нирковій кольці й ін.).

*Клініка:* гострий початок, біль у надчеревній ділянці, затримка випорожнень і газів, блювання при високій непрохідності, з'являється симптом Валя (шум плескоту під час пальпації роздутої кишки) у разі завороту кишок, при інвагінації пальпується щільне болюче утворення в черевній порожнині.

*Діагностика:* рентгенографія органів черевної порожнини (чаші Клойбера), УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія.

## Гострий холецистит

У його основі запально-деструктивний процес у жовчному міхурі. Часто поєднується з жовчнокам'яною хворобою. Біль виникає раптово у правому підребер'ї, іррадіює у праву лопатку, праве плече, багаторазове блювання, підвищення температури тіла до високих цифр. Позитивні симптоми Ортнера, Щоткіна—Блюмберга. У загальному аналізі крові — лейкоцитоз, збільшення ШОЕ.

## Гострий панкреатит

Летальність при хірургічному лікуванні становить 16—50%. Починається з появи гострого болю в надчеревній ділянці, лівому підребер'ї або оперізувальний біль (уражені тіло, хвіст або вся підшлункова залоза). Нападу передують застілля з уживанням великої кількості алкоголю і жирної їжі. Хворі не знаходять собі місця від болю, імовірний шок. З'являються симптоми Воскресенського (відсутність пульсації черевної аор-

ти над пупком), Корті (промацування в надчеревній ділянці поперечної ковбасоподібної болючої припухлості), Мейо—Робсона (болючість у ділянці лівого реброво-здухвинного кута).

При деструкції залози з'являються симптоми Мондора (фіолетові плями на шкірі лица і тулуба), Грюнвальда (петехії навколо пупка і в сідничих ділянках), Куллена (ціанотично-жовтувате забарвлення в ділянці пупка).

У загальному аналізі крові — лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Підвищення діастазу в сечі. Для діагностики застосовують УЗД, комп'ютерну томографію, лапароскопію.

## Роль сімейної медсестри у профілактиці жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ)

ЖКХ становить 50—65 % захворювань жовчовивідної системи. Частіше хворіють жінки віком 30—40 років.

Виділяють стадії захворювання:

I — фізико-хімічна;

II — латентна (камененосійство);

III — клінічна (напади печінкової кольки) (див. алгоритм дій сімейної медсестри при печінковій кольці).

*Чинники ризику:* харчування з превалюванням жирів, малорухливий спосіб життя, спадкова схильність, ожиріння, дискінезії жовчних шляхів, вагітність, цукровий діабет, холецистит, хронічні вогнища інфекції.

*Діагностика:*

I стадія — дослідження фізико-хімічного складу жовчі при дуоденальному зондуванні.

На II і III стадіях — найбільшу інформацію дає УЗД жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, комп'ютерна томографія.

*Первинна профілактика* спрямована на запобігання виникненню жовчнокам'яної хвороби:

- санація вогнищ хронічної інфекції;
- заняття фізкультурою і спортом для профілактики застою жовчі;
- рекомендації з харчування: харчування не менше ніж 4 рази малими порціями, обмежити прості вуглеводи, при

### Алгоритм дій сімейної медсестри при печінковій кольці

**Симптоми:** нападоподібний нестерпний біль у правому підребер'ї, що віддає в праве плече і лопатку, позитивні симптоми ураження жовчного міхура. Немає ознак запалення в крові. Іноді нудота, блювання

Напад, що стався вперше

Поінформувати сімейного лікаря і викликати бригаду швидкої медичної допомоги

Діагноз жовчнокам'яної хвороби встановлено

Повідомити сімейному лікарю і за його призначенням: грілка на праве підребер'я на 10—15 хв; нітрогліцерин у таблетках під язик; анальгін і но-шпа в таблетках

У разі неефективності:  
но-шпа — 2 мл (або папаверин 2% розчин 2 мл) анальгін 50% — 2 мл внутрішньом'язово

Не дає ефекту

Викликати бригаду швидкої медичної допомоги

ожирінні — виключити їх, уживати овочі, фрукти. Не рекомендується пшеничний хліб. Обмежити жири тваринного походження, замінивши їх рослинними, що дають жовчогінний ефект. Пити достатню кількість рідини, щоб зменшити густоту жовчі;

- рекомендують гідрокарбонатів мінеральні води по 200 мл 3 рази на день під час їди (теплі, без газу);
- при гіпокінетичних дискінезіях — сліпі зондування вранці натще 1 раз на тиждень. Випивають 1—2 столові

ложки олії або 30 г сорбіту чи ксиліту, розчинених у воді, і хворий лежить на правому боці, підклавши під праве підребер'я теплу грілку, 30—40 хв.

**Вторинна профілактика** спрямована на запобігання прогресуванню хвороби:

- лікувальне харчування в рамках дієти № 5;
- фізіопроцедури;
- двічі на рік — профілактичне лікування амбулаторно або в умовах денного стаціонару;
- диспансерне спостереження — у разі потреби разом з гастроентерологом, хірургом. План обстеження включає загальний аналіз крові, УЗД або холецистографію.

Завдання медсестри — правильно підготувати пацієнта до обстеження, викликати для диспансерного спостереження, контролювати виконання призначеного йому лікування (табл. 45).

## Роль сімейної медсестри у профілактиці хронічного панкреатиту

Частіше хворіють жінки віком 30—50 років.

**Чинники ризику:** переїдання, зловживання жирною їжею, алкоголем, травми живота, захворювання жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, гельмінтози, харчова алергія, спадкова схильність.

**Клініка:** больовий синдром, синдром порушення зовнішньої секреції (зменшення маси тіла внаслідок порушення усмоктування й швидкого спорожнювання кишок), диспепсичний синдром, синдром порушення внутрішньої секреції (ознаки цукрового діабету). Під час лабораторного дослідження підвищується рівень панкреатичних ферментів у сечі, крові й дуоденальному вмісті. Під час дослідження калу виявляють креаторею, амілорею, на УЗД підшлункової залози — нерівність контурів, ущільнення, зміну розмірів.

**Первинну профілактику** проводять за наявності чинників ризику індивідуально:

- харчування — 3—4 рази малими порціями, обмежити спеції, жири тваринного походження;

Таблиця 45. Шифр МКХ-10 D081.1 Назва нозологічної форми: Жовчнокам'яна хвороба

Діагностичні дослідження і результати		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи		Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Понадання для реанімування	Диспансерний облік	
Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість					Тривалість	Критерії вагтованого результату
Загальний аналіз крові (о), сечі (о), біохімічні аналізи крові: загальний білок (о), білірубін вільний та зв'язаний (о), холестерин (о), біліліпопротеїди (о), еміногравіфераз (о), лужна фосфатаза (о), глюкоза крові (о), коагулограма (ф). Конкретне (о), дослідження калу на яйця глистів (о), лямбії (о). ЕГДС (о). Ультразвукове дослідження печінки (о), жовчного міхура (о), підшлункової залози (о), селезінки (ф). Ферменти підшлункової залози в крові та сечі (о). Гастроентеролог (о), хірург (о)	2 рази на рік	Дієта № 5. Антибіотики; спазмолітики; свалетичні; холелітичні препарати. У разі консервативної неспроможності лікування — консультація хірурга для вирішення питання про літургічне втручання; ферментні препарати; биферні вітаміни; фітопрепарати, мінеральні води, фізіотерапевтичне лікування	30 днів	Секаторій профілактичний	1 раз на рік	Дієта № 5. Протирозидне лікування (2 рази на рік); — сепсіолітики; — холелітики; фітопрепарати; холелітичні препарати (урододезоксолова кислота)	I—II	Повільнення темпу хвороби, нормалізація або поліпшення клініко-біохімічних показників	Заготтримання заохорювання	Дооперативного втручання	Направлення на оперативне лікування

- виключити алкоголь;
- своєчасно виявляти й лікувати захворювання органів системи травлення, алергійні захворювання, санувати хронічні вогнища інфекції.

*Вторинна профілактика* спрямована на запобігання загостренням:

- нормалізація режиму праці і відпочинку;
- дієта № 5;
- запобігання фізичному і психоемоційному перенапруженню;
- диспансерне спостереження протягом усього життя. На 1-му році його проводять 3—4 рази на рік, у подальшому — 2 рази на рік.

План обстеження включає загальний аналіз крові, амілаза, діастаза сечі, глюкоза крові, за потреби — УЗД жовчного міхура й жовчовивідних шляхів, фіброгастроскопія. Обов'язково контролювати масу тіла.

Про ефективність диспансеризації свідчать зниження показників тимчасової непрацездатності, зменшення кількості рецидивів. Хворого переводять у групу “практично здоровий” за відсутності рецидивів протягом 6 років.

## Роль сімейної медсестри у профілактиці хронічного гастриту

*Чинники ризику* ділять на екзогенні (аліментарний, вживання медикаментів, алергія, токсичні речовини на виробництві (кислоти, основи), рефлюкс жовчі, наявність хелікобактерної інфекції) та ендогенні (спадкова схильність, наявність  $V_{12}$ -дефіцитної анемії) (схема 13).

Головний метод діагностики — фіброгастроскопія, під час якої беруть біоптат для виявлення хелікобактерної інфекції. Досліджують шлункову секрецію. Сімейна медсестра повинна переконати пацієнта в необхідності обстеження і правильно його підготувати.

*Первинна профілактика* полягає в усуненні чинників ризику, ранньому виявленні хворих під час профоглядів.

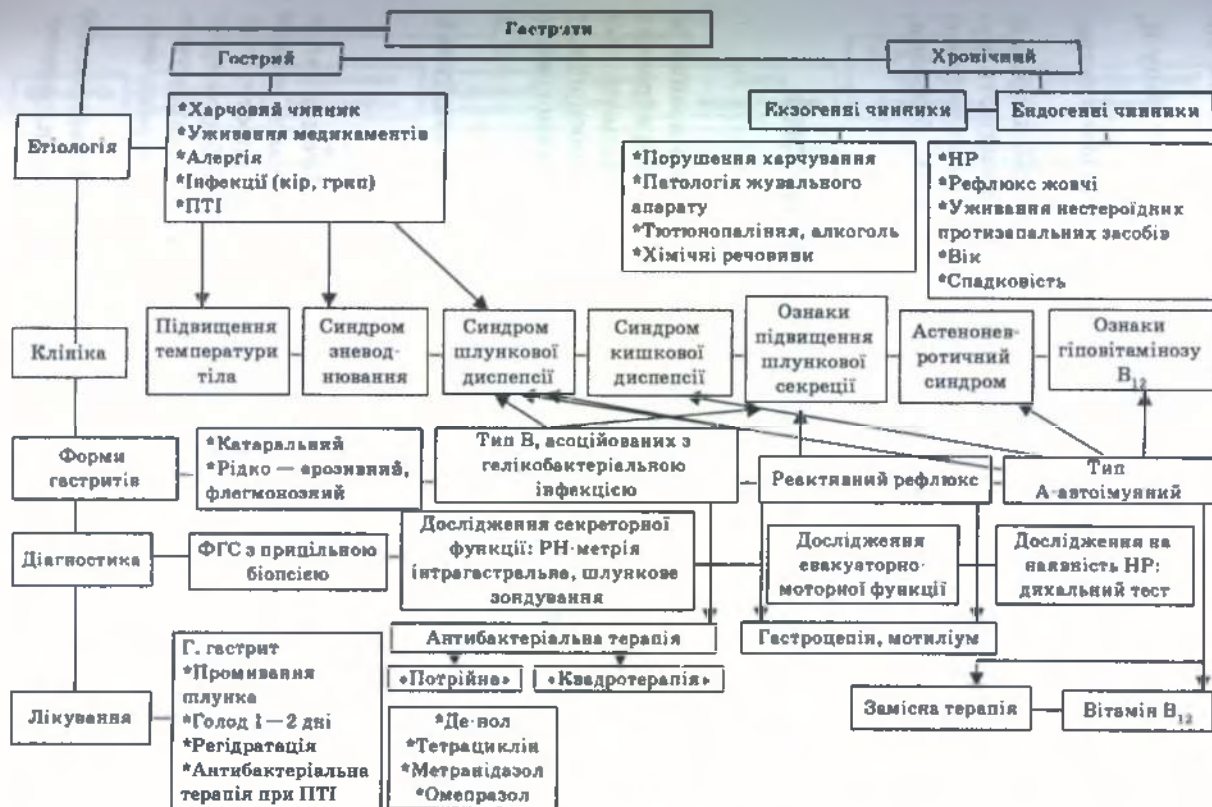


Схема 13. Гастрити

*Вторинна профілактика:*

- диспансеризація хворих із хронічними гастритами. Обстеження — 2 рази на рік;
- дієта № 1 при загостренні хронічного гастриту типу В дієта № 2 — у разі гастриту типу А;
- при загостренні курс лікування амбулаторно або в денному стаціонарі;
- санаторно-курортне лікування в період ремісії, хворим зі збереженою секреторною функцією рекомендують курорти «Квітка полонини», при секреторній недостатності — курорти з кислими водами (Трускавець, Моршин, Миргород).

## Роль сімейної медсестри у профілактиці виразкової хвороби

Найчастіша ознака захворювання — біль, пов'язаний із споживанням їжі, — з'являється через 30—40 хв при виразках шлунка, через 1—1,5 год — при виразках дванадцятипалої кишки. Найінформативніший метод — фіброгастроскопія, у разі неможливості її проведення призначають рентгенографію шлунка (див. схему 15).

*Первинна профілактика:*

- виключити шкідливі звички (тютюнопаління, алкоголь);
- уникати стресових ситуацій;
- раціонально харчуватися;
- своєчасно лікувати гастрити і дуоденіти.

*Вторинна профілактика* спрямована на запобігання загостренням і виникненню ускладнень, що загрожують життю хворого (кровотеча, проривання). Диспансерне спостереження — 2 рази на рік (зазвичай навесні і восени). Фіброгастроскопію проводять раз на рік і під час загострень. Досліджують кал на приховану кров, роблять загальний аналіз крові, сечі. За потреби — консультація хірурга, онколога.

При загостренні — курс потрібної терапії амбулаторно або в умовах денного стаціонару (див. тему «Синдром шлунково-кишкових кровотеч»).

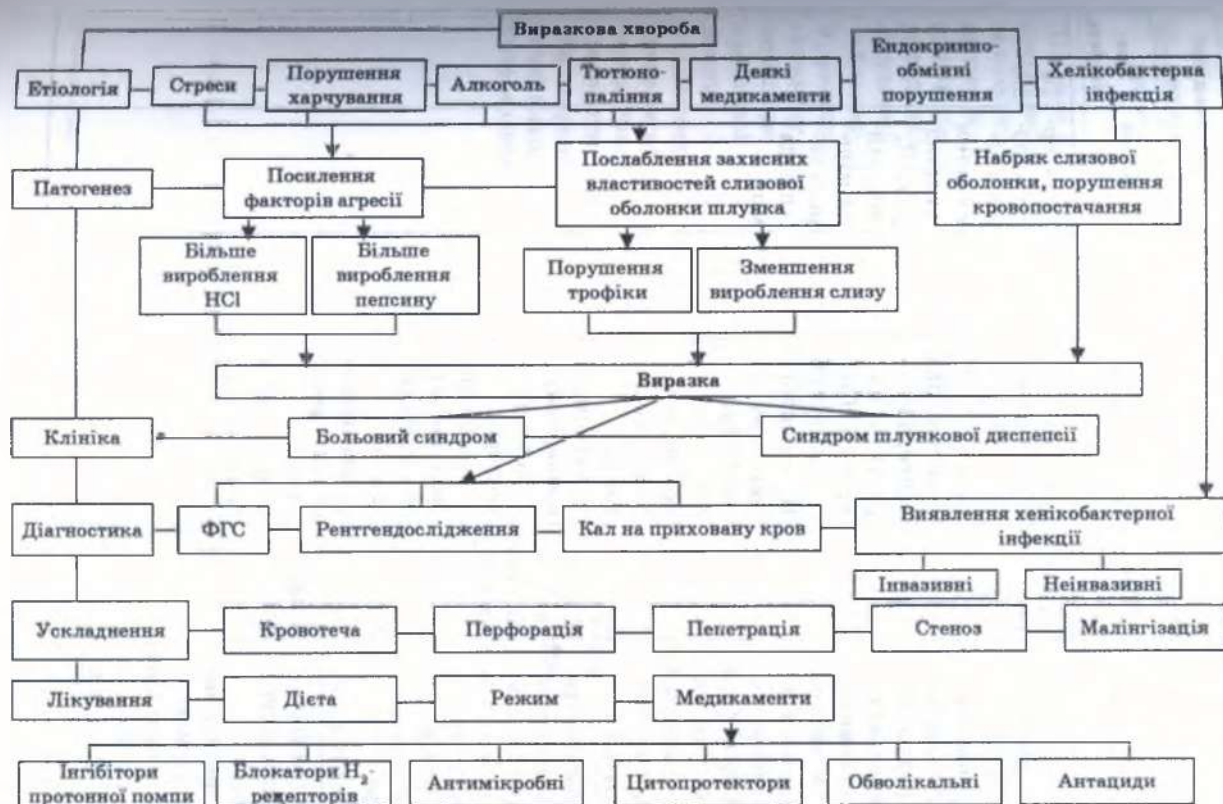


Схема 14. Виразкова хвороба

Таблиця 46. Шифр МКХ-10 K25. Назва нозологічної форми:

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи	
Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість
Загальні аналізи: — крові (о); — сечі (о); копроцитограма (о). Аналіз калу на приховану кров (реакція Грегерсона) (о). Біохімічні аналізи крові (загальний білок та білкові фракції, натрій, калій, хлориди, залізо, глюкоза крові) (ф)	1 раз на рік	Дієта № 1. Медикаментозне лікування: — антихелікобактерна терапія (за наявності Нр); — блокатори H <sub>2</sub> -рецепторів гістаміну, або інгібітори протонної помпи, або M-холінолітики;	18—28 днів	Санаторно-курортне лікування в період ремісії, лікування мінеральними водами	24 дні
Езофагогастро-дуоденоскопія (з прицільною біопсією і визначенням Нр) (о). ЕКГ (ф). Консультація хірурга (Ф). рН-метрія (о)	2 рази (до і після лікування)	— антацидні препарати; — цитопротектори; — засоби центральної дії; — антиоксиданти; — антигіпоксантні препарати.			
Рентген дослідження шлунка (о). Ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози (ф)	1 раз на рік	Фізіотерапевтичні методи			

## Виразка шлунка

Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажавого результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік	
				Тривалість	Критерії зняття з нього
<p>Два рази на рік (навесні та восени) — проведення курсів проти-рецидивного лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— блокатори <math>H_2</math>-рецепторів гістаміну або інгібітори протонної помпи;</li> <li>— антацидні препарати;</li> <li>— седативні препарати.</li> </ul> <p>Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія</p>	I, II	Зникнення больового та диспепсичного синдромів, загоєння виразки, ерадикація $H_p$	Абсолютні	2 рази на рік	5 років без загострення

Таблиця 47. Шифр МКХ-10 К26. Назва нозологічної форми:

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи	
Види і обсяги	Три- валість	Види і обсяги	Три- валість	Види і об- сяги	Три- валість
Загальні аналізи: — крові (о); — сечі (о); — копроцитограма (о). Аналіз калу на приховану кров (реакція Грегерсона) (о). Біохімічні аналізи крові (загальний білок та білкові фракції, натрій, калій, хлориди, залізо, глюкоза крові) (ф)	1 раз на рік	Дієта № 1. Медикаментозне лікування: — антихелікобактерна терапія (за наявності Hр); — блокатори H <sub>2</sub> рецепторів гістаміну або інгібітори протонної помпи або М-холінолітики;	18—21 день	Санаторно-курортне лікування в період ремісії, лікування мінеральними водами	24 дні
Езофагогастро- дуоденоскопія (з визначенням Hр) (0). рН-метрія	2 рази (до і після лікування)	— антацидні препарати; — цитопротектори; — засоби центральної дії			
Ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози (ф)	1 раз на рік	Фізіотерапевтичні методи			

Виразка дванадцятипалої кишки

Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажавого результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік	
				Тривалість	Критерії зняття з нього
<p>Два рази на рік (навесні та восени) проведення курсів проти-рецидивного лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну або інгібітори протонної помпи;</li> <li>— антацидні препарати;</li> <li>— седативні препарати.</li> </ul> <p>Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія</p>	I, II	Зникнення болювого та диспепсичного синдромів, загоєння виразки, ерадикація Hp	Середній та тяжкий ступені захворювання у фазі загоєння та вперше виявлена виразка	2 рази на рік	5 років без загоєння

Таблиця 48. Шифр МКХ-10 K29.3. Назва нозологічної форми: Хронічний гастрит

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи	
Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість
1	2	3	4	5	6
Загальні аналізи: — крові (а); — сечі (б); копродатограма (с). Аналіз калу на приховану кров (реакція Грегерсона) (д) Біохімічні аналізи крові (загальний білок та білкові фракції, натрій, калій, хлориди, залізо, глюкоза крові) (е). Імунологічний аналіз крові (ф). Езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією (о)	1 раз на рік	Хронічний гастрит атрофічний та аутоімунний	14—18 днів	Самостійно курортне лікування в період ремісії, лікування мінеральними водами	24 дні
		Дієта № 2. Медикаментозне лікування: — стимулятори репаративних та регенеративних процесів (крім гіперпластичних гастритів); — препарати, які стимулюють шлункову секрецію або замісні; — ферментні препарати; — корекція порушень обміну речовин; — за наявності Нр — антихелікобактерні засоби; — вітаміни. Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія Хронічний гастрит неатрофічний			

Продовження табл. 48

1	2	3	4	5	6
Ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози (ф). Визначення Нр (о).  Дослідження секреторної функції шлунка (о). Рентгенологічне дослідження шлунка (ф)	1 раз на рік	Дієта № 1. Медикаментозне лікування: — за наявності Нр: антихелікобактерні засоби; — блокатори Н <sub>2</sub> рецепторів гістаміну, або інгібітори протонної помпи, або М-холінолітики (при збереженій та підвищеній секреторній функції шлунка); антациди препарати; стимулятори репаративних та регенеративних процесів (крім гіперпластичних гастритів). Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія			

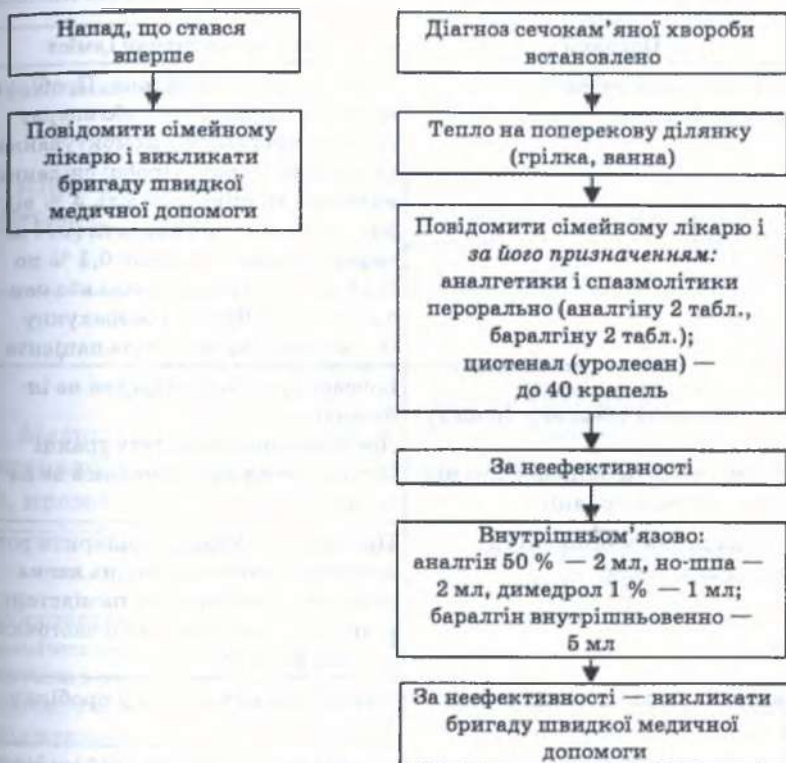
Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік	
				Тривалість	Критерії зняття з нього
7	8	9	10	11	12
Виключення грубої, гарячої та гострої їжі; паління; лікарських засобів, які пошкоджують слизову оболонку шлунка (НПЗП та інші). Два рази на рік (весні та восени) — проведення курсів превентивного лікування: — препарати, які стимулюють секрецію травного каналу або замісні; — ферментні препарати; — седативні препарати; — вітаміни. Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія	I, II	Зникнення більшого та диспепсичного синдромів, позитивна динаміка ендоскопічної і морфологічної картини, ерадикація Нр	Загострення хвороби та відсутність ефекту від амбулаторного лікування	2 рази на рік	Не знімається протягом життя

Продовження табл. 48

7	8	9	10	11	12
		<p>Виключити грубі, гарячої та гострої їжі; тютювопаління; лікарських засобів, які ушкоджують слизову оболонку шлунка (НПЗП та ін.). Два рази на рік (весни та восени) проводити курси протирецивального лікування: блокатори H<sub>2</sub>, рецепторів гістаміну або інгібітори протонної помпи (при обережній та підвищеній секреторній функції шлунка); — антацидні препарати; — седативні препарати. Фізіотерапевтичні методи. Фітотерапія</p>		1 раз на рік	3 роки без загострення

**Алгоритм дій сімейної медсестри при нирковій кольці**

**Симптоми:** сильний біль у поперековій ділянці з іррадіацією в пахвинну ділянку, статеві органи. Біль може супроводжуватися блюванням, іноді підвищенням температури тіла, з'являється озноб.



**Алгоритм «Фракційне дослідження шлункового вмісту»****Мета:** вивчення секреторної функції шлунка.**Показання:** захворювання слизової оболонки шлунка.**Протипоказання:** недавно перенесена шлункова кровотока, гіпертонічна хвороба III ступеня, інфаркт міокарда, загострення виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки.

Операції	Їхнє забезпечення і зміст
1. Приготувати необхідні інструменти	Тонкий шлунковий зонд. Пробірки, штатив, шприц 20 мл або апарат для безперервного відсмоктування шлункового соку. Пробні сніданки: ентеральні: пиво (300 мл), 4 % відвар сухих листків капусти (300 мл); парентеральні: гістамін 0,1 % по 0,08 мг на 10 кг маси тіла або пентагастрин 0,025 % з розрахунку 0,1 мл на 10 кг маси тіла пацієнта
2. Підготувати пацієнта: бесіда про мету і безпеку процедури; проінформувати пацієнта про підготовку до маніпуляції	Забезпечує право пацієнта на інформованість. Дослідження проводять уранці натще, перед дослідженням не палити
3. Проведення маніпуляції: а) уведення зонда;	Пропонують хворому відкрити рот і вводять у глотку за корінь язика зонд, змочений водою, на відстань, рівну відстані від вушної часточки до рідців і до пупка
б) витягти порцію, узяту натще;	Витягаємо весь секрет у пробірку № 1
в) витягти базальний секрет;	Протягом години кожні 15 хв відсмоктувати вміст і помістити в пробірки №№ 2, 3, 4, 5 (або через годину в одну ємність)
г) уводимо пробний сніданок;	Ентеральний або парентеральний. Пам'ятайте! За 10 хв до введення гістаміну слід увести 1 мл 1 % розчину димедролу
д) витягання залишків пробного сніданку;	Через 10 хв відсмоктувати 10 мл, через 15 хв — увесь залишок у 6-у і 7-у пробірки

Операції	Їхнє забезпечення і зміст
е) витягання стимульованого секрету;	<i>Примітка.</i> При введенні парентерального пробного сніданку пункт д) випадає
с) витягання зонда;	Кожні 15 хв протягом години відсмоктувати вміст у 8-у, 9-у, 10-у, 11-у пробірки (або через годину в одну ємність)
ж) віднести отримані порції в лабораторію	Швидко й обережно витягти зонд, хворому рекомендується полежати 20—30 хв При використанні ентерального подразника — 11 пробірок (або 4 баночки), парентерального — 9 пробірок (або 3 баночки)

### Алгоритм підготовки до ендоскопічних методів дослідження органів травлення

**Мета:** візуальне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, високо розташованих ділянок товстої кишки, прямої і сигмоподібної кишки.

Послідовність дій	Вказівки до виконання, примітки, попередження
Фіброгастроуденоскопія (ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки). Навчити пацієнта підготовки до дослідження і провести бесіду про мету, перебіг і нешкідливість процедури. Виключити напередодні вранці споживання їжі, води, лікарських препаратів, не палити, не чистити зуби. Уранці в призначений час проводити пацієнта в ендоскопічний кабінет з направленням і рушником	Переконатися в правильності зрозумілої інформації  <i>Примітка.</i> За призначенням лікаря промити шлунок за 1,5—2 год до дослідження

## Продовження алгоритму

Послідовність дій	Вказівки до виконавця, примітки, попередження
<p>Колоноскопія (ендоскопічне дослідження товстої кишки).</p> <p>Навчити пацієнта підготовки до дослідження: провести бесіду про мету, перебіг і нешкідливість процедури.</p> <p>За три дні до дослідження рекомендовано безшлакову дієту № 4.</p> <p>Протягом двох днів до дослідження призначають проносні засоби.</p> <p>Увечері напередодні дослідження зробити очисну клізму.</p> <p>Натще у день дослідження зробити очисну клізму за 4 і 2 год до дослідження.</p> <p>Провести премедикацію за призначенням лікаря за 20—30 хв до дослідження</p>	<p>Переконатися в тому, що пацієнт правильно зрозумів інформацію</p>
<p>Ректороманоскопія (ендоскопічне дослідження прямої і сигмоподібної кишки).</p> <p>Навчити пацієнта підготовки до дослідження і провести бесіду про мету, перебіг і нешкідливість процедури.</p> <p>Провести очисну клізму ввечері й уранці за 1,5—2 год до дослідження.</p> <p>Спорожнити сечовий міхур безпосередньо перед дослідженням.</p> <p>Уранці натще провести пацієнта в маніпуляційний кабінет</p>	

## Алгоритм «Дуоденальне зондування»

Операції	Іхній зміст і матеріальне забезпечення
<p>Приготувати необхідні інструменти і матеріал</p>	<p>Дуоденальний зонд із металевою оливою, лоток, грілка, два шприци на 20 мл, 33 % розчин магнію сульфату — 100 мл, пробірки, штатив, валик, кушетка</p>

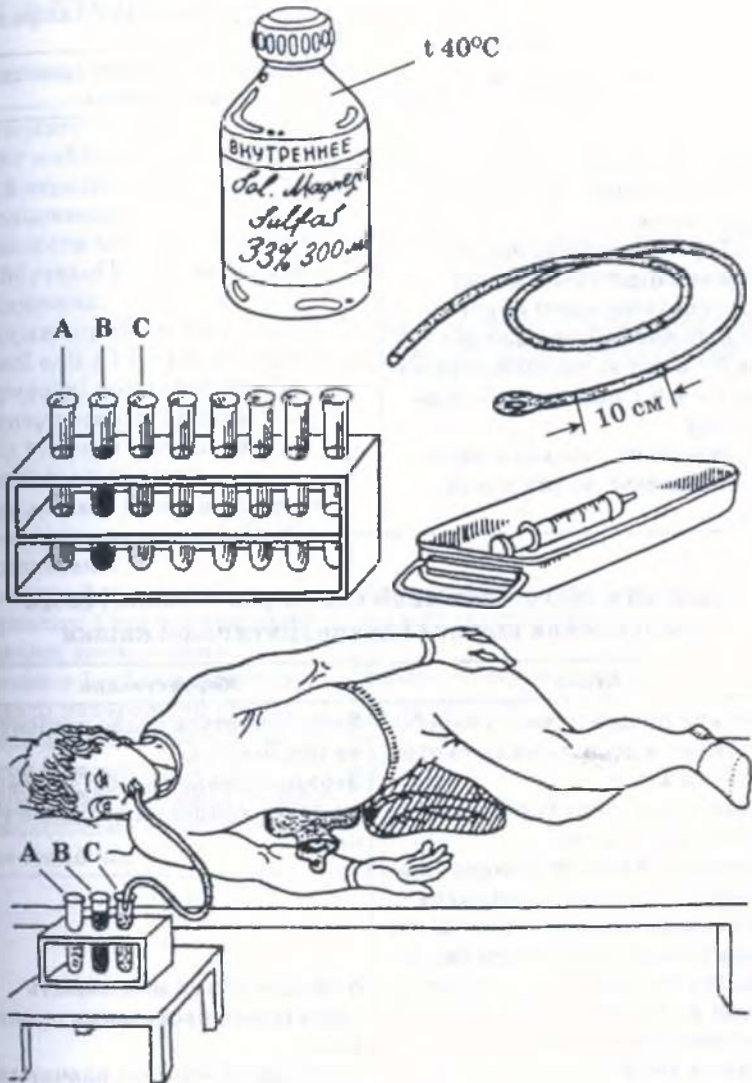
Операції	Їхній зміст і матеріальне забезпечення
Підготовка і положення хворого	За 2—3 дні до зондування з харчового раціону виключають продукти, здатні спричинити бродильні процеси в кишках, призначають спазмолітики, напередодні роблять очиску клізму. Зондування здійснюють натще. Хворий сідає на кушетку, розстебнувши комір і послабивши пояс
Уведення зонда	Хворий бере в руки лоток із зондом. Хворий сам або за допомогою медичної сестри кладе оливу зонда на корінь язика і робить кілька ковтальних рухів із закритим ротом, заковтуючи оливу разом зі слиною. Після опускання зонда до оцінки 1 хворий лягає на правий бік, під праве підребер'я кладе грілку, під таз — валик. Хворий продовжує поступово заковтувати зонд до мітки 2. У цей час шприцом відсмоктується шлунковий уміст. Далі очікуємо просування зонда до мітки 3
Перевірка місцезнаходження оливи	На знаходження оливи у дванадцятипалій кишці вказують сік зеленуватого кольору основної реакції по лужному паперу або рентгенівський контроль
Перша фаза	Протягом 20—40 хв. Отримуємо зміст дванадцятипалої кишки. Це порція А
Друга фаза	Уводимо через зонд 30—50 мл 33 % розчин сірчанокислої магnezії, засікаємо час, що в середньому становить 2—6 хв
Третя фаза	Отримання жовчі з пухирної протоки, спільної жовчної протоки і шийки міхура. Вона світла. Це залишки порції А
Четверта фаза	Отримання порції В пухирної жовчі. Після світлої жовчі з'являється темна — це пухирна жовч. За 20—40 хв отримують 30—60 мл жовчі

Операції	Їхній зміст і матеріальне забезпечення
П'ята фаза	Отримання порції С печінкової жовчі. Після закінчення темної жовчі знову з'являється жовч яскраво-жовтого кольору
Витягання зонда	Зонд витягають, і хворий лежить ще 20—30 хв
Відправлення матеріалу в лабораторію	У клінічну лабораторію відправляють по одній пробірці з кожної порції. За потреби в баклабораторію відправляють по одній пробірці з порцій В і С

### Алгоритм підготовки пацієнта до УЗД органів черевної порожнини і органів малого таза

*Мета:* визначення положення, форми, розмірів, структури різних органів черевної порожнини (печінка, жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка) і органів таза (сечовий міхур, матка, яєчники, передміхурова залоза).

Послідовність дій	Вказівки до виконання, примітки, попередження
<p><i>УЗД органів черевної порожнини</i></p> <p>Навчити пацієнта підготовки до дослідження і провести бесіду про мету і перебіг процедури.</p> <p>Виключити з раціону харчування за 3 дні до дослідження газотвірні продукти (овочі, фруктові соки, молочні, дріжджові продукти, чорний хліб) — дієта № 4; не приймати таблетовані проносні засоби.</p> <p>Провести очисну клізму ввечері напередодні дослідження.</p> <p>Виключити споживання їжі за 18—20 год до дослідження.</p> <p>Не палити перед дослідженням (тютюнопаління спричиняє скорочення жовчного міхура).</p>	<p>Переконатися в тому, що пацієнт правильно зрозумів інформацію. За призначенням лікаря при метеоризмі вживати активоване вугілля</p>



Мал. 35. Дуоденальне зондування

## Продовження алгоритму

Послідовність дій	Вказівки до виконання, примітки, попередження
<p>Натще за день дослідження з'явитися в кабінет УЗД. Взяти із собою рушник, простирадло, направлення</p> <p><i>УЗД органів малого таза</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бажана підготовка як перед УЗД органів черевної порожнини + наповнений сечовий міхур.</li> <li>2. За 2—3 год до дослідження випити 1—1,5 л рідини (перевареної води).</li> <li>3. Можлива підготовка з використанням сечогінних препаратів</li> </ol>	

**Алгоритм підготовки пацієнта до рентгенологічного дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки**

Етапи	Обґрунтування
<p>Пояснити пацієнту мету і перебіг майбутнього дослідження та отримати його згоду.</p> <p>Пояснити пацієнту перебіг майбутньої підготовки:</p> <p>за наявності стійких запорів і метеоризму — увечері й уранці за 1,5 год до дослідження поставити очисну клізму; споживати їжу не пізніше 20-ї години; уранці напередодні дослідження виключається сніданок і споживання лікарських засобів через рот.</p> <p>Проінформувати пацієнта про точний час проведення дослідження.</p> <p>Попросити пацієнта повторити перебіг підготовки до дослідження (в амбулаторних умовах)</p>	<p>Забезпечується право пацієнта на інформацію.</p> <p>Забезпечуються необхідні умови для проведення дослідження.</p> <p>Забезпечується можливість своєчасного проведення процедури.</p> <p>Необхідний елемент навчання пацієнта</p>

### Алгоритм підготовки пацієнта до рентгенологічного дослідження товстої кишки

Етапи	Обґрунтування
<p>Пояснити пацієнту мету і перебіг майбутнього дослідження й отримати його згоду на дослідження.</p>	<p>Забезпечується право пацієнта на інформацію й мотивація до правильної підготовки до дослідження.</p>
<p>Пояснити пацієнту правила майбутньої підготовки до дослідження.</p>	<p>Забезпечується усвідомлена участь пацієнта в підготовці.</p>
<p>Пацієнт приймає 60 мл рицинової олії о 12—13 год дня напередодні дослідження. Пацієнту дозволені сніданок, обід і вечеря ввечері напередодні дослідження.</p>	<p>Забезпечується ретельне очищення верхніх відділів товстої кишки.</p>
<p><i>Примітка.</i> Якщо в пацієнта пронос — рицинова олія протипоказана!</p>	
<p>Зробити 2 очисні клізми з інтервалом 1 год увечері напередодні дослідження.</p>	<p>Забезпечується очищення нижнього відділу товстої кишки.</p>
<p>Зробити 1—2 очисні клізми вранці напередодні дослідження (не пізніше ніж за 2 год до дослідження).</p>	<p>Забезпечується своєчасне виконання процедури</p>
<p>Супроводити пацієнта в рентгенологічний кабінет на призначений час</p>	

**Алгоритм підготовки до рентгенологічного дослідження жовчного міхура і жовчовивідних шляхів**

**Мета:** діагностика захворювань жовчного міхура.

**Протипоказання:** тяжкі ураження печінки, гострі запальні захворювання печінки з підвищеною температурою тіла.

Послідовність дій	Вказівки до виконання, примітки, попередження
<p><b>Пероральна холецистографія:</b> провести бесіду про необхідність дослідження й навчити підготовки до нього. Дати таблетки контрольної речовини за 14—17 год до дослідження, малими порціями протягом 1 год через кожні 10 хв, запивати солодким чаєм. Уранці натще привести пацієнта в рентгенологічний кабінет</p>	<p>Звільнити кишки від умісту природним шляхом перед дослідженням. При метеоризмі поставити очисну клізму ввечері, за дві години до сну. <i>Примітка.</i> Забезпечити пацієнта письмовою інформацією, якщо він має труднощі в навчанні. <i>Примітка.</i> Дозу і вид контрастної речовини визначає лікар-рентгенолог</p>
<p><b>Внутрішньовенна холецистографія:</b> провести бесіду про необхідність дослідження, навчити підготовки до нього. За 1—2 дні до дослідження провести пробу на чутливість до рентгенконтрастного засобу. У разі негативної проби продовжити підготовку. Напередодні ввечері провести очисну клізму. Уранці натще привести пацієнта в рентгенкабінет</p>	<p><i>Примітка.</i> Забезпечити пацієнта письмовою інформацією, якщо він має труднощі в навчанні</p>

**Алгоритм навчання пацієнта збирати сечу на аналіз  
для визначення активності амілази**

**Мета:** забезпечити якісну підготовку до дослідження і своєчасне отримання результату.

**Підготовка:** інформувати і навчити пацієнта.

**Оснащення:** чиста й суха скляна банка, направлення/етикетка.

Етапи	Обґрунтування
1. Пояснити пацієнту/члену родини зміст і необхідність майбутнього дослідження і отримати його згоду на дослідження	Забезпечити право пацієнта на інформацію, усвідомлену участь пацієнта в дослідженні
2. Пояснити мету і перебіг майбутньої підготовки до дослідження	Залучити пацієнта/родину до усвідомленої участі в підготовці
<p>3. а) в амбулаторних умовах: пояснити пацієнту правила підготовки посуду для збирання сечі: скляну банку ємністю 200 мл із кришкою необхідно промити содою;</p> <p>б) в амбулаторних і стаціонарних умовах: ознайомити пацієнта/родину з умовами збирання сечі: сечу збирають у будь-який час без спеціальної підготовки в кількості 100 мл.</p> <p>У лабораторію доставляють свіжовипущену теплу сечу!</p> <p><b>Примітка.</b> Своєчасні методики дають змогу визначати амілази в холодній сечі. Медсестра повинна знати, яку методику застосовують.</p> <p>В амбулаторних умовах сечу збирають прямо в поліклініці і відразу ж відносять банку в лабораторію</p>	Умова, що вимагає методики визначення амілази

## Продовження алгоритму

Етапи	Обґрунтування
4. Попросити пацієнта повторити всю інформацію, поставити питання з техніки підготовки збирання сечі	Переконатися в тому, що пацієнт правильно зрозумів інформацію
5. Указати, до яких наслідків призведе порушення рекомендацій медсестри	Порушення умов підготовки і збирання матеріалу призведуть до помилкових результатів дослідження, що утруднить діагностику і лікування
6. а) в амбулаторних умовах: дати направлення на дослідження, заповнивши його за формою; пояснити пацієнту, куди і коли він/родина повинні принести банку і направлення; б) в умовах стаціонару: зазначити місце і час, куди принести банку; вчасно доставити зібраний матеріал у лабораторію	Забезпечити своєчасне дослідження

## Тести

1. Причиною болю в животі можуть бути захворювання:

- а) інфаркт міокарда;
- б) гострий апендицит;
- в) виразкова хвороба;
- г) сечокам'яна хвороба;
- г) усе, перелічене вище.

2. Дуже сильний ("кинджальний") біль у животі характерний для:

- а) гострого гастриту;
- б) неускладненої виразкової хвороби;
- в) шлункової кровотечі;
- г) проривної виразки шлунка;
- г) діабетичної коми.

**3. Виберіть симптоми гострого живота:**

- а) біль, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна—Блюмберга;
- б) біль у животі, брадикардія;
- в) блювання у вигляді кавової гущі, дьогтьоподібні випорожнення;
- г) блювання, пронос, підвищення температури тіла;
- г) порушення відходження газів, відсутність випорожнень.

**4. Дії сімейної медсестри в разі підозри на синдром гострого живота:**

- а) дати грілку;
- б) увести анальгін внутрішньом'язово;
- в) дати таблетки но-шпи;
- г) увести баралгін внутрішньовенно;
- г) терміново інформувати сімейного лікаря.

**5. Особливості апендициту в осіб похилого і старечого віку:**

- а) виражена температурна реакція;
- б) виражений симптом Щоткіна—Блюмберга;
- в) нормальна температура тіла, слабо виражений симптом Щоткіна—Блюмберга;
- г) виражені симптоми Ровзинга, Ситковського, Воскресенського;
- г) усе неправильно.

**6. Синдром непрохідності кишок включає симптоми:**

- а) дьогтьоподібні випорожнення;
- б) криваве блювання, пронос;
- в) затримання випорожнень і газів, блювання;
- г) підвищення температури тіла, пронос;
- г) усе, перелічене вище.

**7. План обстеження хворого на виразкову хворобу включає:**

- а) холецистографія, копрограма;
- б) фіброгастроскопія, кал на приховану кров;

- в) промивні води шлунка;
- г) УЗД органів черевної порожнини;
- г) усе, перелічене вище.

**8. Які медикаменти приготує медсестра для надання невідкладної допомоги при нирковій кольці:**

- а) димедрол, строфантин;
- б) но-шпа, анальгін;
- в) седуксен, реланіум;
- г) ранітидин, делагіл;
- г) супрастин, димедрол?

**9. Підготовка хворого до рентгенівського дослідження шлунка:**

- а) клізма вранці;
- б) клізма ввечері;
- в) безшлакова дієта;
- г) уранці натще;
- г) усе, перелічене вище.

**10. Нормальні показники ШОЕ у жінки, мм/год:**

- а) 2—5;
- б) 5—8;
- в) 6—10;
- г) 10—15;
- г) 2—15.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — г; 3 — а; 4 — г; 5 — в; 6 — в; 7 — б; 8 — б; 9 — г;  
10 — г.

### *Ситуаційні задачі*

1. Сімейну медсестру викликали до диспансерного хворого з виразковою хворобою шлунка. Скаржитья на дуже сильний біль у животі, який відчув після робочої зміни на заводі. Відзначає, що раніше ніколи не боліло так сильно. Вимагає зробити знеболювальний укол. Які дії сімейної медсестри?

2. Жінка після гінекологічної операції, проведеної 5 міс тому, скаржиться на біль у надчеревній ділянці. Випорожнень не було протягом доби, гази не відходять. Який імовірний діагноз? Які дії сімейної медсестри?

3. У пацієнтки на УЗД виявлено камені в жовчному міхурі. Нападів печінкової кольки не було. Пацієнтка звернулася до сімейної медсестри з питанням: чи можна для видалення каменів використовувати жовчогінні засоби?

4. Пацієнт скаржиться на біль оперізувального характеру, що з'явився після весілля, блювання. Подібні стани були і раніше. Який імовірний діагноз? План обстеження.

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Уводити знеболювальні препарати протипоказано, оскільки є небезпека проривання. Терміново викликати сімейного лікаря.

2. Імовірний синдром кишкової непрохідності, що могла спричинити спайкова хвороба після гінекологічної операції. Терміново викликати сімейного лікаря для розв'язання питання екстреної госпіталізації в хірургічне відділення.

3. Не можна, жовчогінні препарати можуть спровокувати напад печінкової кольки.

4. Хронічний панкреатит. УЗД підшлункової залози, копрограма, дослідження крові і сечі на амілазу, діастазу.

## СИНДРОМ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Найчастіші її причини:

- виразки та ерозії шлунка і дванадцятипалої кишки;
- пухлини різної локалізації;
- дивертикули стравоходу, шлунка, кишок;
- кровотечі з розширених вен стравоходу;
- неспецифічний виразковий коліт;
- геморой, тріщини відхідника, випадання прямої кишки;
- геморагійні діатези.

Кровотечі в просвіт травного каналу мають 2 періоди:

1) латентний період починається з моменту надходження крові в травний канал і виявляється загальними ознаками крововтрати: слабкістю, запамороченням, шумом у вухах, блідістю шкірних покривів, холодним липким потом, тахікардією, зниженням артеріального тиску. Залежно від швидкості крововтрати цей період триває від декількох хвилин до доби;

2) явний період при шлунковій кровотечі — блювотні маси з домішкою крові або кольору кавової гущі, потім з'являються дьогтьоподібні випорожнення (мелена), при кишковій кровотечі з'являється червона кров у калі.

Найчастішою причиною кровотеч є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Для діагностики велику роль відіграє виразковий анамнез, виникнення болю через певний проміжок часу після споживання їжі, припинення болю з початком кровотечі. Серед невиразкових причин — ерозивний гастрит, але тяжкі кровотечі він спричинює рідко. Рак шлунка спричинює кровотечі в період розпаду пухлини. Крім кровотечі спостерігається низка загальних і місцевих симптомів: втрата апетиту, відраза до м'ясної їжі, кахексія, пухлина, що пальпується (схема 15).

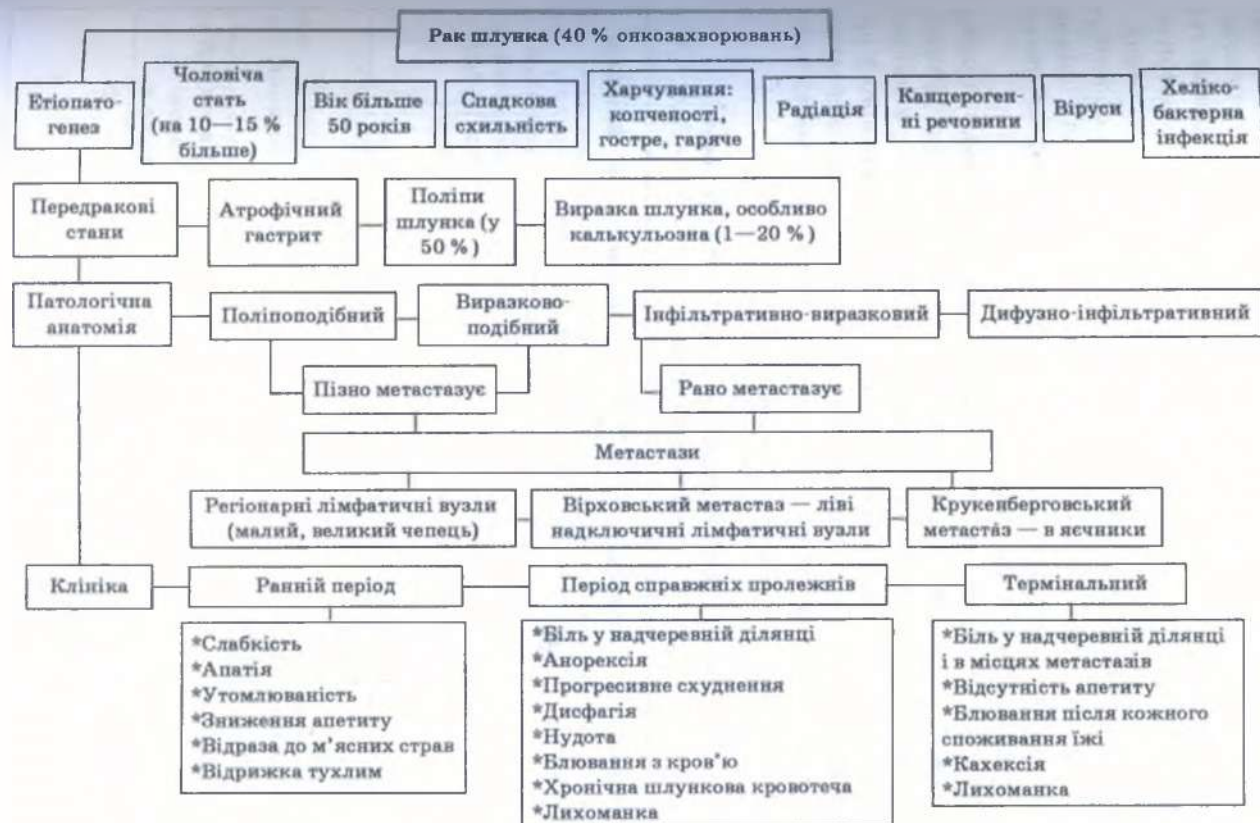


Схема 15. Рак шлунка

Кровотечі з розширених вен стравоходу і шлунка виникають при цирозі печінки. Звертати увагу на анамнез (перенесений вірусний гепатит, зловживання алкоголем, хронічний гепатит). Загальний стан тяжкий, збільшені печінка і селезінка, розширені вени передньої черевної стінки, асцит, жовтяниця.

При геморагічних діатезах — тривалий анамнез спостереження у гематолога, наявність крововиливів на шкірі ("шкіра леопарда" в разі тромбоцитопенічної пурпури), генералізована кровоточивість (з ясен, носа і т. ін.).

Якщо є геморой, тріщини відхідника, випадання прямої кишки, у діагностиці допоможе огляд ділянки відхідника, пальцеве дослідження прямої кишки, що проводять у колінно-ліктьовому положенні. Починають з огляду, потім палець у рукавичці, змащений вазеліном, уводять у відхідник. Звертають увагу на стан слизової оболонки відхідника й слизової ампули прямої кишки, рухливість стінки та ін. (табл. 49).

Таблиця 49. Диференціальна діагностика кровотеч різної локалізації

Ознака	Легенева	Стравохідна	Шлункова	Кишкова
Анамнез	Захворювання легенів (туберкульоз, абсцес, бронхоектатична хвороба, рак легенів та ін.)	Цироз печінки	Виразкова хвороба, рак шлунка	Неспецифічний виразковий коліт, геморой
Зв'язок кровотечі	З кашлем		Із блюванням	
Забарвлення крові	Червона піниста	Червона	Кольору кавової гущі	Червона
Випороження	N	N	Мелена	Кал із червоною кров'ю
Аускультация легенів	Вологі велико- і середньопухирчасті хрипи	N	N	N

Ознака	Легенева	Стравохід- ва	Шлункова	Кишкова
Пальпація органів черевної порожнини	N	Збільшення розмірів печінки	Болючість у надчеревній ділянці	Болючість уздовж товстої кишки
Дослідження для підтвердження діагнозу	Рентгенографія легенів. Бронхографія	Езофагофіброгастродуоденоскопія		Ректороманоскопія, колоноскопія, пальцеве дослідження прямої кишки

### Інструментально-лабораторна діагностика

Для розв'язання питання про об'єм крововтрати підрахувати "шоковий" індекс за методом Альговера (співвідношення частоти пульсу і систолічного артеріального тиску). У нормі співвідношення становить 0,5. Підвищення його до 1 відповідає втраті 30 % об'єму циркулюючої крові (ОЦК), до 1,5 — 40 %, до 2 — втрата 70 % ОЦК.

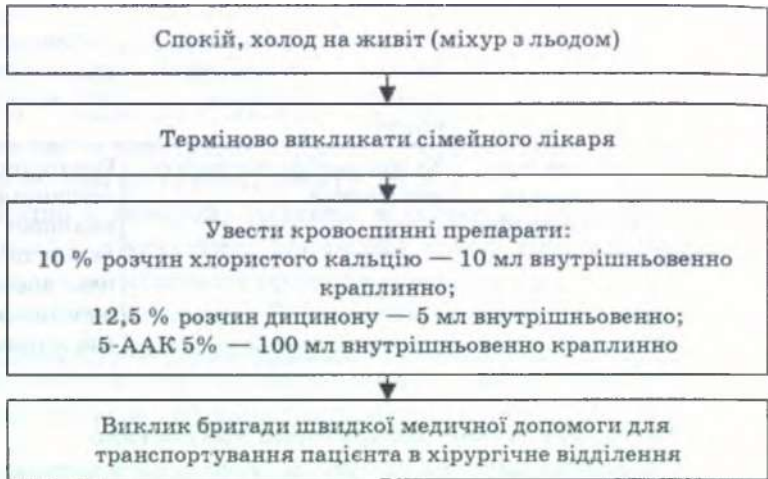
У разі підозри на захворювання стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки — езофагофіброгастродуоденоскопія, при захворюваннях кишок — ректороманоскопія, колоноскопія.

Загальний аналіз крові, гематокрит, коагулограма.

Пальцеве дослідження прямої кишки.

Термінова консультація хірурга.

### Алгоритм дій сімейної медсестри у разі шлунково-кишкової кровотечі



### Роль сімейної медсестри у профілактиці шлунково-кишкових кровотеч

Головне завдання профілактики шлунково-кишкових кровотеч на дільниці сімейної медицини — це профілактика захворювань, які спричинюють це ускладнення.

Хворі з виразковою хворобою (ВХ) підлягають диспансерному спостереганню. Профілактичне лікування включає:

- заходи, спрямовані на оздоровлення способу життя і поліпшення умов праці;
- організацію раціонального харчування;
- медикаментозне профілактичне лікування.

Важлива психосоціальна адаптація хворого: нормалізація обстановки в родині й на роботі, методи психотерапії, спрямовані на зміну стереотипу емоційного реагування, соціальної поведінки. Необхідно відмовитися від шкідливих звичок. Хворий має бути проінформований про лікарські препарати, що

володіють ульцерогенною дією. У період імовірних загострень (весна, осінь) вивільнити хворого від нічних змін, відряджень.

Харчування хворого з ВХ у період ремісії не варто суворо обмежувати. Бажано, щоб хворий харчувався так, щоб "не смоктало у шлунку" (мінімум — 4—5 разів) і їв те, від чого він не болять.

Медикаментозне лікування доцільно у хворих з чіткими сезонними загостреннями починати за місяць до передбачуваного загострення. Уважають, що надійним методом профілактики рецидивів є стійка ерадикація хелікобактерної інфекції. Достатній ефект (до 80 %) дає потрійна терапія.

*1-й варіант (1 тиждень):*

- омепразол — 20 мг 2 рази на день;
- метронідазол — 400 мг × 3 рази на день;
- кларитроміцин — 250 мг × 2 рази на день.

*2-й варіант (1 тиждень):*

- вісмут (колоїдний вісмуту субцитрат або субсаліцилат) — 120 мг × 4 рази на день;
- тетрациклін — 500 мг × 4 рази на день;
- метронідазол — 250 мг × 4 рази на день.

Хворим з частими рецидивами можна рекомендувати так зване лікування на вимогу. Починається воно з першими ознаками загострення. Призначають антагоністи  $H_2$ -рецепторів (ранітидин, фамотидин) або омепразол, пантапрозол. Якщо симптоми протягом тижня стихають, підтримувальну дозу приймати ще 2—3 тиж.

Для профілактики виникнення цирозів печінки проводити заходи щодо зниження захворюваності на вірусний гепатит, формування в пацієнтів здорового способу життя (відмовитися від алкоголю, наркотиків), запобігання контакту з гепатотоксичними отрутами, проведення активної і пасивної імунізації населення проти гепатиту, диспансерне спостереження хворих, що перенесли гострий гепатит і страждають на хронічний гепатит.

Хворих слід проінформувати про гепатотоксичні препарати (седативні, анагетика та ін.). У період загострень рекомендується госпіталізація.

Дієта № 5 (виключають жирні сорти м'яса, смажені, копчені, екстрактивні речовини, продукти з великим умістом хо-

лестерину, вітамінотерапія (група В, А, D, Е, К), гепатопротектори (ліпоєва кислота, есенціале, легалон та ін.), ферментні препарати (панкреатин, панзинорм, фестал), у разі вірусної етіології гепатиту призначають інтерферони, автоімунного гепатиту — кортикостероїди за схемою з поступовим зниженням.

Лікування амбулаторне. Санаторно-курортне лікування доцільне лише в період стійкої ремісії.

Диспансерне спостереження здійснює сімейний лікар 3—4 рази на рік, при вираженій активності процесу й гормональній терапії — 6 разів на рік. Лабораторне дослідження включає білірубін, холестерин крові, АЛТ, АСТ, загальний білок і білкові фракції.

При вживанні кортикостероїдів 4 рази на рік досліджують загальний аналіз крові, щомісяця — вміст глюкози в крові й сечі. За показаннями — консультації невропатолога, ендокринолога.

У разі ефективної диспансеризації зменшується кількість загострень і можливість переходу хронічного гепатиту в цироз печінки.

Профілактика онкозахворювань органів травного каналу включає своєчасне проведення профоглядів населення ділянки сімейної медицини. У групу підвищеного онкологічного ризику варто віднести пацієнтів віком понад 40 років із хронічними гастритами, кальозними виразками шлунка, що довго не гояться, множинними поліпами шлунка, перніціозною анемією.

## Тести

1. У пацієнта з виразковою хворобою шлунка з'явилося блювання кавовою гущею. Яке найімовірніше ускладнення:

- а) шлункова кровотеча;
- б) кишкова кровотеча;
- в) легенева кровотеча;
- г) прорив;
- г) переродження в рак?

**2. До загальних ознак крововтрати належать:**

- а) блювання кавовою гущею;
- б) дьогтьоподібне випорожнення;
- в) поява червоної крові у випорожненнях;
- г) блідість, тахікардія, зниження АТ;
- ґ) підвищення температури тіла.

**3. Яке обстеження пріоритетне за підозри на шлункову кровотечу:**

- а) рентгенографія шлунка;
- б) фіброгастроскопія;
- в) колоноскопія;
- г) ректороманоскопія;
- ґ) УЗД органів черевної порожнини?

**4. Кровоспинні препарати:**

- а) анальгін, димедрол;
- б) вітаміни, есенціале;
- в) кальцію хлорид, амінокапронова кислота;
- г) строфантин, еуфілін;
- ґ) ранітидин, омепразол.

**5. Підготовка до фіброгастроскопії включає:**

- а) промивання шлунка;
- б) клізму ввечері;
- в) клізму вранці;
- г) з'явлення вранці натще;
- ґ) усе, перелічене вище.

**6. Виберіть препарати з ульцерогенним ефектом:**

- а) ранітидин, фамотидин;
- б) метронідазол;
- в) нестероїдні протизапальні засоби, кортикостероїди;
- г) омепразол, кларитроміцин;
- ґ) усе, перелічене вище.

**7. Гепатотоксичною дією володіють:**

- а) анальгезивні, седативні засоби;
- б) гепатопротектори;

- в) фестал, панзинорм;
- г) вітаміни;
- г) інтерферони.

8. Хворий скаржиться на біль у ділянці відхідника, наявність червоної крові у випорожненнях. З якого обстеження необхідно почати:

- а) загальний аналіз крові;
- б) пальцеве дослідження прямої кишки;
- в) ректороманоскопія;
- г) колоноскопія;
- г) іригоскопія?

9. Який об'єм крововтрати припускаєте в пацієнта, якщо шоковий індекс за методом Альговера становить 1:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 30 %;
- г) 40 %;
- г) 50 %?

Еталони відповідей на тести

1 — а; 2 — г; 3 — б; 4 — в; 5 — г; 6 — в; 7 — а; 8 — б; 9 — в.

### Ситуаційні задачі

1. Виклик до пацієнта віком 67 років, що скаржиться на блювання, поганий апетит, схуднення. Блювотні маси — темно-коричневого кольору. Раніше не хворів. Який імовірний діагноз? Які дії сімейної медсестри?

2. Оцініть тяжкість стану пацієнта зі шлунковою кровотечею. Пульс — 100 за 1 хв, АТ — 100/50 мм рт. ст. ЧДР — 22 за 1 хв.

3. Пацієнт зі скаргами на біль у шлунку запитує в сімейної медсестри, яке дослідження йому краще вибрати — рентгенографію шлунка чи фіброгастроскопію. Дати відповідь і пояснити чому?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Шлункова кровотеча, яку, найімовірніше, спричинив рак шлунка (відсутність виразкового анамнезу, схуднення, блювання кавовою гущею, похилий вік).

2. Підрахуємо “шоковий індекс” Альговера: шоковий індекс = частота пульсу : систолічний тиск =  $100/100 = 1,0$ . Такий індекс свідчить про втрату ОЦК до 30 %, тобто стан хворого тяжкий.

3. Фіброгастроскопію, оскільки вона дає кращий відсоток виявлення захворювань шлунка, за потреби можна провести прицільну біопсію.

## СИНДРОМ ЗОБА, ГІПЕР- І ГІПОТИРЕОЗУ

### Синдром зоба

Головна його ознака — збільшення щитоподібної залози, поява симптомів здавлення прилеглих органів при значних розмірах залози (порушується ковтання, дихання).

Найчастіші причини:

- ендемічний зоб;
- тиреотоксикоз;
- тиреоїдит;
- рак щитоподібної залози;
- спорадичний зоб.

У нормі щитоподібна залоза не пальпується. Виділяють такі ступені збільшення щитоподібної залози.

За класифікацією розмірів зоба (ВООЗ, 1994):

Ступінь	Опис
0	Зоба немає
I	Розміри часток більші, ніж дистальна фаланга великого пальця. Зоб пальпується, але не візуалізується
II	Зоб пальпується і візуалізується
III	Зоб пальпується і візуалізується на відстані 5 м

Під час пальпації щитоподібної залози важливо визначити консистенцію, спаяність із прилеглими тканинами, наявність вузлів, важливо пропальпувати регіонарні лімфатичні вузли для виявлення метастазів при раку щитоподібної залози. Величину і структуру щитоподібної залози можна визначити за

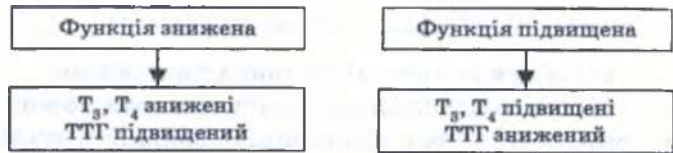
допомогою ультразвукового дослідження і радіоізотопного сканування. Під час ультразвукового обстеження можна провести тонкоголкову пункційну біопсію з подальшим цитологічним і гістологічним дослідженням пунктату.

#### Алгоритм пальпації щитоподібної залози

За допомогою пальпації щитоподібної залози можна визначити її розмір, поверхню, консистенцію, наявність вузлів, рухливість під час ковтання, болючість.

Послідовність дій	Вказівки до виконання, примітки, попередження
Станьте перед хворим	Це необхідно для пальпації щитоподібної залози першим способом, що його застосовують найчастіше
Пальпація часток щитоподібної залози	Зігнуті пальці обох рук з II по V заводять за задні краї груднинно-ключично-соскоподібних м'язів, а великі пальці — за її передні краї. Хворого під час пальпації просять робити ковтальні рухи, адже щитоподібна залоза рухається разом з гортанню і переміщається під пальцями, що її досліджують
Пальпація перешийка	Великі пальці розміщують на передній поверхні шиї і роблять ковзні рухи у вертикальному напрямку
Оцінювання результату	У здорових людей щитоподібна залоза здебільшого не пальпується. У деяких випадках, найчастіше в жінок, можна промацати щитоподібну залозу. У здорової людини вона відчувається у вигляді м'якого валика, розташованого в ділянці бічної поверхні щитоподібного хряща. У разі збільшення щитоподібної залози пацієнта необхідно направити до ендокринолога

Алгоритм оцінки дослідження гормонів щитоподібної залози  
(для дослідження беруть 5 мл крові з вени)



**Нормальні показники:**

$T_3$  — 1,2—2,8 нмоль/л (трийодтиронін);

$T_4$  — 60—160 нмоль/л (тетрайодтиронін);

ТТГ — 0,15—5,0 мЛ у д/л (тиротропний гормон).

**Ендемічний зоб** зустрічається в певних районах (дефіцит йоду у воді і ґрунті), переважно гірських і передгірних. Район вважається ендемічним, якщо в 10 % населення виявляють зоб. Ступінь тяжкості ендемії визначають співвідношенням дифузних і вузлуватих форм, співвідношенням хворих чоловіків і жінок, а також частотою природженого гіпотиреозу і рівнем екскреції йоду сечею.

Потреба дорослої людини в йоді становить 200—220 мкг на добу, в ендемічних районах в організм людини надходить менше ніж 50 мкг на добу. Сприяють появі ендемічного зоба одностороннє харчування, дефіцит білків і вітамінів, токсична дія струмогенів (тіосечовина, тіоурацил, уропром). Велику роль відіграє спадкова схильність (зоб найчастіше трапляється в родинах, де були випадки зоба). За даними, наведеними на XII Міжнародному конгресі тиреїдологів (Киото, 2000), у регіонах з нестачею йоду проживає 1,572 млрд людей (близько 30 % населення планети). У 655 млн зареєстровано зоб, у 11,2 млн — ендемічний кретинізм, у багатьох мільйонів — легкі психомоторні порушення.

Дослідження останніх років, проведені Інститутом ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка АМН України спільно з фахівцями різних регіонів країни, встановили значну поширеність ендемічного зоба і значне зменшення споживання йоду населенням країни. Так, в АР Крим за останні 20 років збільшилася захворюваність на зоб I ступеня у 20

разів, II — у 2 рази, вузловий зоб — у 3,5 разу (серед дітей — у 1,5 разу). У всіх регіонах України встановлено дефіцит йоду в харчуванні, негативний вплив чинників довкілля, як природних (тіоціонати, флавоноїди), так і антропогенних (галогенізовані органічні речовини) (табл. 50, 51).

Таблиця 50. Епідеміологічні критерії оцінювання ступеня тяжкості йододефіцитних захворювань

Індикатори	Референтна популяція	Ступінь тяжкості йододефіцитних захворювань		
		легкий	помірний	тяжкий
Медіана йодурії, мкг/л	Школярі	50—99	20—49	< 20
Частота зоба за даними пальпації та УЗД (збільшення ЩЗ понад 0 ст.), %	Школярі	5—19,9	20—29,9	> 30
Медіана рівня тиреоглобуліну сироватки крові, нг/л	Діти та дорослі	10—19,9	20—39,9	> 40
Частота рівня ТТГ крові > 5 мОД/л у разі неонатального скринінгу	Новонароджені	3—19,9	20—39,9	> 40

Таблиця 51. Йододефіцитна патологія осіб, які проживають в ендемічних районах

Плід	Уроджені вади розвитку дитини. Висока перинатальна смертність. Кретинізм (затримання фізичного і психічного розвитку дитини). Глухонімота, косокість. Психомоторні порушення
Немовля	Висока смертність. Природжений зоб. Природжений гіпотиреоз

Діти і підлітки	Зоб. Ювенільний (субклінічний) гіпотиреоз. Зниження інтелектуальних здібностей. Затримання фізичного розвитку. Порушення формування репродуктивної функції. Карликовість. Порушення слуху, зору, пам'яті. Нездатність до навчання
Дорослі	Зоб. Гіпотиреоз, зниження фізичної та інтелектуальної працездатності. Висока захворюваність і схильність до хронічних захворювань. Психічні розлади
Жінки дітородного віку	Зоб. Анемія, мастопатія. Порушення репродуктивної функції: (безплідність, невиношування вагітності, передчасні пологи, порушення менструального циклу)

**Класифікація ендемічного зоба:** дифузний; вузлуватий; змішаний.

Найчастіше при ендемічному зобі функція щитоподібної залози не змінена (зоб еутиреоїдний). При *дифузному* ендемічному зобі призначають: дієту, продукти, що містять йод (морепродукти) (табл. 52).

Таблиця 52. Уміст йоду в деяких продуктах харчування

Продукти харчування	Вміст йоду (мкг)	Продукти харчування	Вміст йоду (мкг)
<i>Риба:</i>		рис	2,2
пикша	416	яйця курячі	9,7
лосось	260	<i>Овочі:</i>	
креветки	190	шпинат	20
камбала	120	редис	8

тріска	120	картопля	3,8
морський окунь	74	огірки	2,5
палтус	52	<i>Фрукти:</i>	
оселедець свіжий	66	яблука	1,6
оселедець у соусі	6	груші	1
тунець	50	вишні	0,3
вугор	4		
форель	3,5	Материнське моло-	
хлібобулочні ви-	3—8,5	ко (з 1-го дня після	
роби	1,5—	пологів)	6,3
крупя	4,5	Коров'яче молоко	3,7
борошно	2—3	Масло	4,4
житній хліб	8,5	Згущене молоко	9,9
білий хліб	5,8	Сир (жирність 40%)	3,4
вівсяні пластівці	4	Кефір (жирність	3,7
		3,5%)	
		<i>М'ясо (середньої</i>	
		<i>жирності):</i>	
		свинина	3
		яловичина	3
		телятина	2,8

Медикаментозне лікування. Золотий стандарт лікування — йодид калію, курс — 6 міс (табл. 53).

Таблиця 53. Медикаментозне лікування йододефіцитного зоба

Вікові групи	Терапія
Діти до 12 років	Монотерапія препаратами калію йодиду (від 50 до 150 мкг/добу)
Підлітки	Монотерапія препаратами калію йодиду (150—200 мкг/добу) у дітей з I ступенем зоба; комбінація L-тироксину (100 мкг) з калію йодидом (100 мкг) або монотерапія L-тироксином
Дорослі	Монотерапія препаратами калію йодиду (від 75 до 150 мкг/добу)

Критерієм ефективності вважається зменшення щитоподібної залози за даними УЗД. Лікування триває 2—6 міс. Протягом усього часу здійснюють диспансерне спостереження (табл. 54, 55).

Таблиця 54. Диспансерне спостереження  
(дифузний нетоксичний зоб)

Стадія	Частота спостереження	Частота діагностичних досліджень	Основні лікувально-оодоровчі заходи	Терміни спостереження
I	Сімейний лікар двічі на рік, ендокринолог 1 раз на рік	Загальноклінічні аналізи 1 раз на рік, ЕКГ 1 раз на рік	Дієтичне лікування, калію йодид	Упродовж року після зникнення зоба
II	Сімейний лікар, ендокринолог 2 рази на рік	Загальноклінічні аналізи, УЗД ЩЗ, ЕКГ, ліпопротеїди, холестерин	L-тироксин + калію йодид, за неефективності впродовж 6 міс стаціонарне лікування	Упродовж року після зникнення зоба
III	Сімейний лікар, ендокринолог 1 раз на квартал, хірург — за показаннями	двічі на рік, T <sub>4</sub> , ТТГ 1 раз на рік		2 роки після хірургічного лікування

Таблиця 55. Диспансерне спостереження  
(нетоксичний вузловий/багатовузловий, змішаний зоб)

Частота спостереження	Частота проведення діагностичних досліджень	Основні лікувально-оодоровчі заходи	Терміни динамічного спостереження і показники зв'язтя з обліку
Сімейний лікар, ендокринолог 4 рази на рік, хірург — за показаннями	Загальноклінічні аналізи, ЕКГ, УЗД щитоподібної залози двічі на рік. T <sub>3</sub> , T <sub>4</sub> , антитіла до тиреоглобуліну 1 раз на рік, пункція ЩЗ у вперше виявлених хворих — за показаннями	Стаціонарне лікування	Постійно 2 роки після операції за відсутності ускладнень

При *вузловому* зобі потрібно:

— підтвердити наявність злоякісної або доброякісної пухлини (УЗД, біопсія);

— пальпаторні ознаки доброякісних вузлів: округлі, гладенькі, контури чіткі, м'якоеластичної консистенції, лімфатичні вузли не збільшені. Ознаки злоякісних вузлів: сплюснена форма, нечіткі контури, горбисті, болючі, пальпуються щільні безболісні лімфатичні вузли;

— визначити розмір вузла: при вузлах понад 1,5 см рекомендується оперативне лікування, якщо вузли 1—1,5 см — терапевтичне лікування, при вузлах до 1 см рекомендується спостереження (УЗД 1—2 рази на рік). Показання для продовження консервативної терапії — відсутність росту вузла. Препарат вибору при вузловому зобі — L-тироксин, при змішаному зобі — поєднувати з препаратами йоду.

**Профілактика йододефіцитних станів:**

• індивідуальна:

— уживання продуктів з підвищеним умістом йоду;

— лікарські препарати;

• групову йодну профілактику проводять під контролем фахівців у групах підвищеного ризику (діти, підлітки, вагітні, матері-годувальниці та ін.) частіше в організованих колективах (дитсадки, школи, інтернати). Призначають регулярне тривале застосування медикаментів з фізіологічною дозою йоду:

— дітям до 12 років — 50—150 мкг на день;

— підліткам і дорослим — 150—200 мкг на день;

— вагітним і матерям-годувальницям — 200 мкг на день калію йодиду призначають щодня після їди, запивати водою. Можна призначити 1000 мг йоду 1 раз на тиждень.

Масова йодна профілактика — найпоширеніший і економічно вигідний метод для всіх мешканців ендемічних районів (додавання в кухонну сіль, хліб, воду солей калію йодиду і йодату).

Сімейна медсестра організує роботу з раннього виявлення, профілактики і диспансеризації хворих на ендемічний зоб.

**Спорадичний** зоб пов'язаний із природженою ензимопатією, що порушує синтез тироїдних гормонів. Уміст йоду в сечі таких пацієнтів у нормі, згодом у них розвивається клініка гіпотиреозу.

## Синдром гіпертиреозу

Пов'язаний з гіперпродукуванням тироїдних гормонів і є симптомокомплексом клінічних проявів у різних органах і системах:

- симптоми підвищеного обміну (відчуття жару, зменшення маси тіла);
- серцево-судинні розлади (тахікардія, артеріальна гіпертензія, миготлива аритмія);
- ознаки психічного збудження (дратівливість, емоційна лабільність, безсоння, метушливість);
- нейровегетативні розлади (тремор, гіпергідроз, розлади моторної функції шлунка і кишок);
- зоб різних розмірів. Збільшення щитоподібної залози у хворих з дифузним токсичним зобом V ступеня;
- очні симптоми: Грефе, Кохера, Дальримпля, Штельвага, Мебіуса.

Причини синдрому:

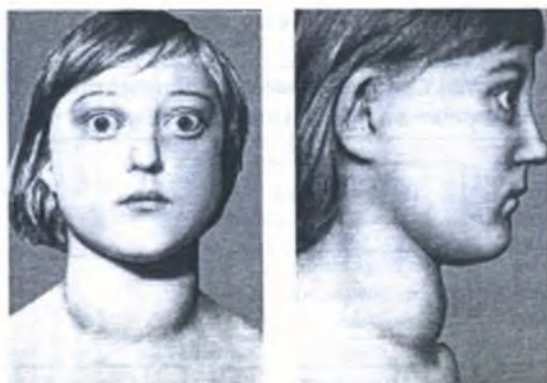
- дифузний токсичний зоб (базедова хвороба);
- ятрогенний тиротоксикоз унаслідок передозування тироїдних гормонів;
- рак щитоподібної залози;
- тироїдит;
- стан підвищеної чутливості тканин організму до тироїдних гормонів (рівень гормонів у нормі або незначно підвищений).

Найчастіша його причина — *дифузний токсичний зоб (ДТЗ)* (схема 16, мал. 37).

При легкому ступені переважають скарги невротичного характеру, маса тіла незначно зменшується, пульс не перевищує 100 за 1 хв. При середньотяжкому перебігу схуднення досягає 8—10 кг за місяць, тахікардія — 100—120 за 1 хв, можливі порушення серцевого ритму. При тяжкому перебігу схуднення досягає стадії кахексії, стійкі порушення серцевого ритму (миготлива аритмія), з'являються симптоми серцевої недостатності.



Мал. 36. Збільшення щитоподібної залози III ступеня



Мал. 37. Дифузний токсичний зоб (базедова хвороба)

Хворих виявляють під час їхнього звертання за медичною допомогою, особливо активно — під час профоглядів, де звертають увагу на осіб з нейроциркуляторною дистонією, наявністю зоба, на жінок віком 20—50 років.

Стандарт обстеження включає:

— визначення функції щитоподібної залози (гормони крові  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ, дослідження йодопоглинальної функції щитоподібної залози);

— УЗД серця (гіпертрофія лівого шлуночка);

- ЕКГ;
- УЗД щитоподібної залози.

**Лікування.** Хворих у період загострення захворювання рекомендується лікувати в ендокринологічному відділенні (раціональне харчування, психічний спокій, медикаментозна лікування включає антитироїдну терапію мерказолілом і симптоматичну терапію).

При тяжкому перебігу за неефективності медикаментозної терапії хворих направляють на консультацію до хірурга-ендокринолога для вирішення питання про оперативне лікування.

При легкому і середньотяжкому перебігу в стадії компенсації показано санаторно-курортне лікування, краще в прохолодну пору року, щоб уникнути зайвої інсоляції.

#### Алгоритм лікування при ДТЗ



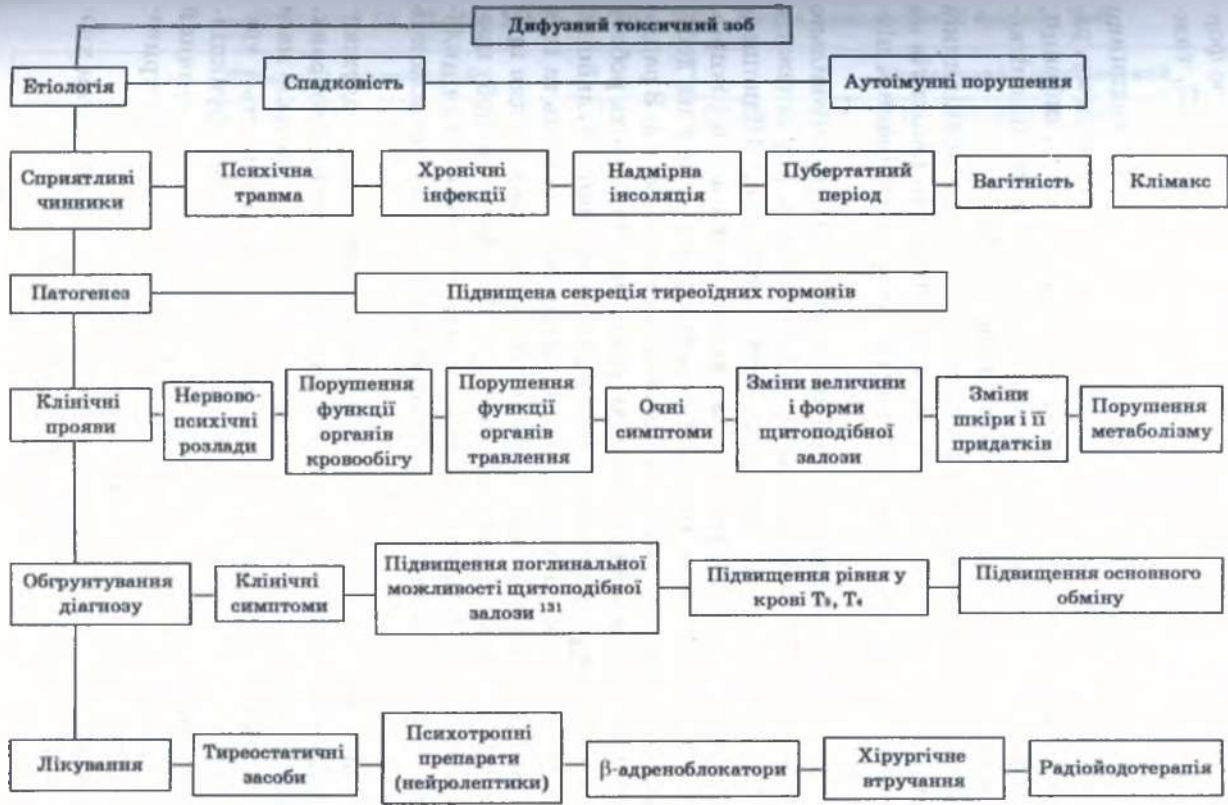


Схема 16. Дифузний токсичний зоб

Усі пацієнти з ДТЗ знаходяться на диспансерному обліку. Спостереження ведуть разом з вузькими фахівцями: ендокринологом, кардіологом, невропатологом. Хворих з легкою формою зараховують у II групу здоров'я, середньою — у III, тяжкою — у IV.

*Первинна профілактика* на дільниці сімейної медицини охоплює комплекс заходів щодо загартовування організму, раціонального харчування, санації хронічних вогнищ інфекції, профілактики стресів, нормалізації відносин у родині, санітарно-просвітньої роботи, ретельних профоглядів.

*Вторинна профілактика* включає допомогу працівників дільниці сімейної медицини в працевлаштуванні пацієнтів на виробництво без фізичних перевантажень, перегрівання, нічних змін.

Сімейна медсестра повинна навчити пацієнта правильно харчуватися. Енергетична цінність добового раціону залежить від ступеня тяжкості і становить 3600—3800 ккал. Підвищення калорійності здійснюється за рахунок вуглеводів і жирів, споживання білків не повинне перевищувати 110 г на добу. Найцінніші для хворого — білки молочних продуктів. З раціону рекомендується вилучити продукти, що збуджують роботу серця і центральну нервову систему (м'ясні і рибні бульйони, кава, міцний чай, шоколад, гострі приправи, алкоголь та ін.), рекомендуються морепродукти. З лікарських засобів для профілактики застосовують мерказоліл по 10—15 мг на добу протягом 6—12 міс. Мерказоліл не можна поєднувати із саліцилатами, сульфаніламідними препаратами — вони посилюють його токсичність.

Один з ефективних показників диспансеризації — одужання пацієнта або його переведення у групу практично здорових. Поліпшення вважається стійким, якщо відновлюється маса тіла хворого, нормалізується пульс, зникає пітливість і тремор, зменшується розмір залози та нормалізується її функція.

Негативний показник — поява ускладнень (тиротоксичний криз, аритмії, серцева недостатність), що призводить до тривалої непрацездатності та інвалідності хворого.

*Тиротоксичний криз* — загрозливий для життя стан хворого з ДТЗ. Летальність становить 60—90 %.

Таблиця 56. Шифр: МКХ-10-Е01, Е04. Назва нозологічної форми: Зоб

Простий і нетоксичний						Ендемічний і спорадичний						
Клінічний аналіз крові і сечі. Дослідження вмісту у крові $T_4$ , ТТГ, ЕКГ, УЗД. Дослідження екскреції йоду в сечю. Стоматолог, ЛОР для виявлення вогнищ хронічних запалень. Ендокринолог	1 раз на рік	Санація вогнищ хронічних запальних процесів. При виявленні йододефіциту — препарати йоду	До досягнення клінічного ефекту	—	—	Профілактика йододефіциту (німа, групова, індивідуальна)	I, II	Нормалізація (зменшення) розмірів щитоподібної залози за даними УЗД на 200 і > %.	Збільшення розмірів щитоподібної залози за даними УЗД на 200 і > %.	Наявність ознак зрушення органів шиї	1—2 роки	Нормалізація розмірів щитоподібної залози
	2 рази на рік											



Продовження табл. 58

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
						Санация вогнищ клінічно- го запале- ння				Деком- пенсация стану		
Ендокрино- лог	3—4 рази на рік											
Невропато- лог	1 раз на рік											

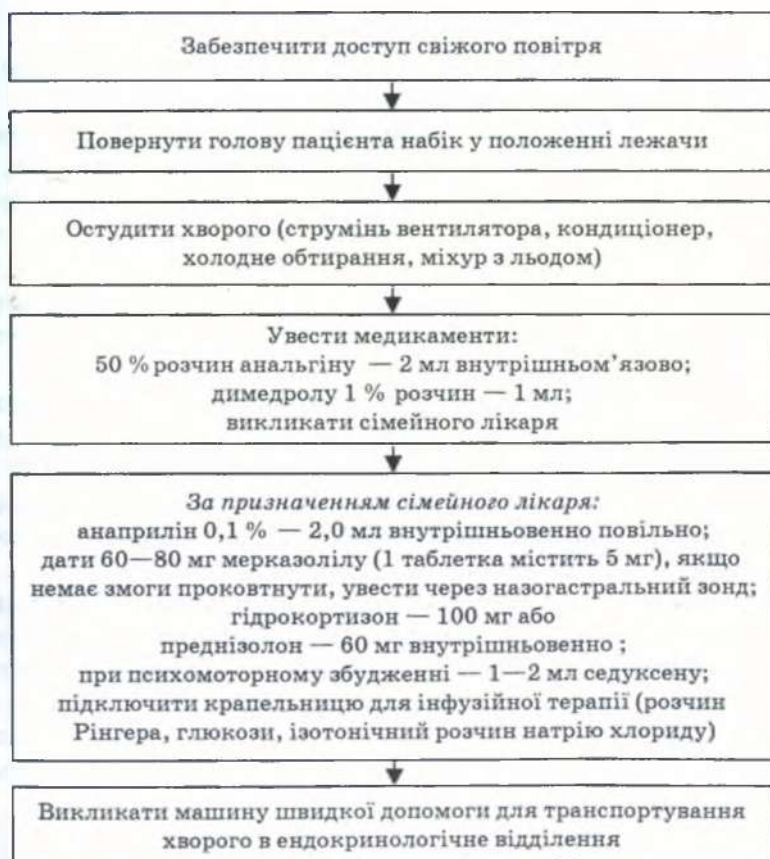
Шифр: МКХ-10-E02, E03, E89. Назва нозологічної форми: Гіпотиреоз

Назва фармгрупи препаратів	Код АТХ	Лікарські засоби (препарати вибору)	Добова доза, витрати	Тривалість призначення
1	2	3	4	5
Засоби, що вплива- ють на обмін речо- вин (препарати, які заміщують гормони щитоподібної зало- зи)	НОЗАДО	Лівотироксин	Замісна терапія 100-150-250 мкг/ добу (корекція дози препарату за рівнем ТТГ крові не часті- ше ніж 1 раз на 1,5—2 міс)	Довготривала заміс- на терапія

*Причини:* психічні травми, струмектомія, груба пальпація залози, гестоз, відміна антитироїдної терапії.

*Клініка:* гострий початок — лавиноподібне наростання симптомів тиротоксикозу, посилюється психічне й рухове занепокоєння, що нагадує маніакальний психоз. Скарги на ядуху, біль у серці, животі, головний біль, нудоту, пронос. Підвищується температура тіла до 38 °С і вище, профузний піт, тахікардія, аритмія, підвищення АТ.

### Алгоритм дій сімейної медсестри при тиреотоксичному кризі



## Синдром гіпотиреозу

Синдром поєднує низку клінічних симптомів в органах і тканинах, що з'являються в разі низького вмісту тироїдних гормонів у крові внаслідок порушення їхнього синтезу або прискореного метаболізму (схема 17).

### *Причини:*

- уроджені порушення щитоподібної залози;
- захворювання щитоподібної залози (тироїдит, пухлики);
- струмектомія;
- передозування тиростатиків;
- рентгенопроміння, лікування радіоактивним йодом;
- недостатнє надходження йоду.

*Клініка.* Хворі мляві, адинамічні, сонливі. Шкіра суха, щільний набряк лица, волосся тьмяне, ламке, температура тіла знижена, брадикардія, зниження артеріального тиску. Мова вповільнена, язик збільшений, ледь уміщається в роті. Згодом знижується пам'ять, інтелект. У разі природженого гіпотиреозу або появи захворювання в дитячому віці розвивається кретинізм. Часто гіпотиреоз поєднується з приглухуватістю або глухотою.

Для виявлення природженого гіпотиреозу проводять скринінг новонародженого: на 4—5-й день після народження досліджують кров немовлят на вміст тироїдних гормонів і ТТГ.

*Лікування:* замісна терапія гормонами щитоподібної залози. Призначають L-тироксин дорослим — 150—200 мкг на добу впродовж 6—12 міс (дітям — відповідно до віку).

*Профілактика* гіпотиреозу на дільниці сімейної медицини включає заходи профілактики йододефіцитних станів, своєчасне спостереження пацієнтів з патологією щитоподібної залози (ендемичний зоб, ДТЗ) разом з ендокринологом (3—4 рази на рік), невропатологом (1 раз на рік), лікування інфекційних захворювань і запобігання надмірному рентгенівському опроміненню.

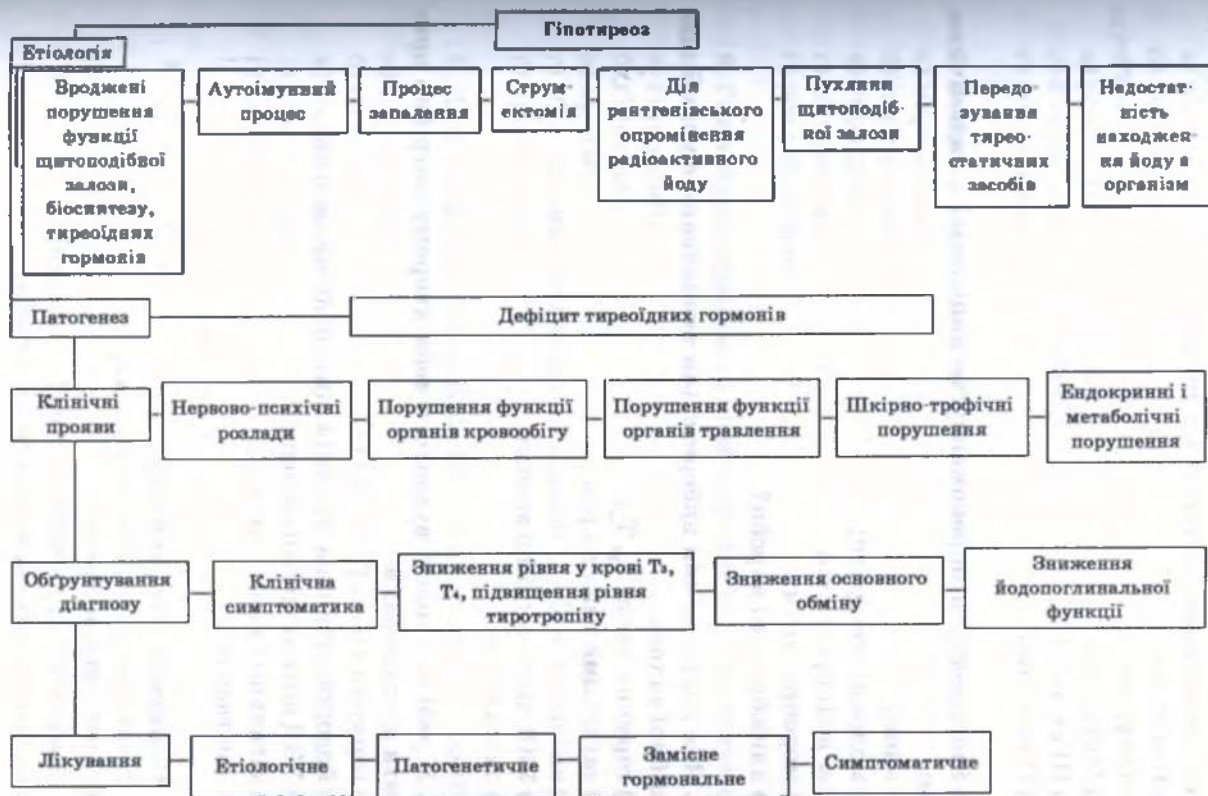


Схема 17. Гіпотиреоз

## Тести

1. Зоб пальпується і візуалізується на відстані 5 м. Відповідно до класифікації ВООЗ — це зоб:

- а) 0 ступеня;
- б) I ступеня;
- в) II ступеня;
- г) III ступеня;
- г) IV ступеня.

2. Які продукти порекомендуєте пацієнтові з ендемічним зобом:

- а) каші;
- б) молочні продукти;
- в) м'ясні продукти;
- г) морепродукти;
- г) хлібобулочні вироби?

3. Яке дослідження виберете для визначення функції щитоподібної залози:

- а) гормони крові  $T_3$ ,  $T_4$ ;
- б) загальний аналіз крові;
- в) амілаза крові;
- г) УЗД щитоподібної залози;
- г) сканування?

4. У разі наявності вузлового зоба хворому потрібно призначити дослідження:

- а) гормони крові  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ;
- б) йодопоглиняльна функція щитоподібної залози;
- в) УЗД щитоподібної залози;
- г) загальний аналіз крові;
- г) діастазу сечі.

5. Симптоми гіпертиреозу:

- а) тахікардія, зоб, очні симптоми;
- б) гіпертонія, набряки;
- в) брадикардія, набряк слизової оболонки;
- г) загальмованість, млявість, гіпотонія;

г) дратівливість, судоми.

**6. При зниженій функції щитоподібної залози:**

- а) рівень гормонів  $T_3$  і  $T_4$  підвищується;
- б) рівень гормонів  $T_3$  і  $T_4$  знижується, рівень ТТГ підвищується;
- в) рівень ТТГ знижується;
- г) з'являється гіперглікемія;
- д) усе неправильно.

**7. Вибрати медикаменти для лікування тиротоксикозу:**

- а) мерказоліл;
- б) кортикостероїди;
- в) тироїдин;
- г) L-тироксин;
- д) усе перелічене.

**8. Гіпотиреоз з раннього дитячого віку без лікування призводить до:**

- а) гіпертонії;
- б) гіпотонії;
- в) аритмії;
- г) збільшення щитоподібної залози;
- д) кретинізму.

**9. Для профілактики йододефіцитних станів використовують:**

- а) мерказоліл;
- б) тироїдин;
- в) калію йодид;
- г)  $\beta$ -блокатори;
- д) кортикостероїди.

**Еталони відповідей на тести**

1 — г; 2 — г; 3 — а; 4 — в; 5 — а; 6 — б; 7 — а; 8 — г; 9 — в.

### Ситуаційні задачі

1. Пацієнтка тривалий час жила в Криму. Нині скаржиться на зміну форми шиї. Пульс — 78 за 1 хв, АТ — 130/80 мм рт. ст. Очні симптоми не спостерігаються. Який найімовірніший діагноз? Яка тактика сімейної медсестри?

2. У школі дітям проводять профілактику ендемічного зоба. До сімейної медсестри прийшла мати учня з протестом: вона не хоче, щоб її син вживав зайві таблетки. Які дії медсестри?

3. Сімейну медсестру викликали до пацієнтки, яка перебуває на диспансерному обліку з приводу дифузного токсичного зоба. Після скандалу з чоловіком з'явився головний біль, серцебиття, біль у животі, нудота, блювання. Під час огляду: температура тіла — 38,2 °С, тремор пальців рук, повік, позитивний симптом Грефе. АТ — 180/100 мм рт. ст. Пульс — 134 за 1 хв. Який найімовірніший діагноз? Які дії сімейної медсестри?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Ендемічний зоб. Призначити обстеження: УЗД щитоподібної залози, гормони крові  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ, потім за потреби — консультація ендокринолога.

2. Пояснити матері, що небажання проводити профілактику йододефіцитних станів у дитячому віці може призвести до затримки фізичного і інтелектуального розвитку, порушення слуху, зору, пам'яті і зниження здатності до навчання.

3. Дифузний токсичний зоб. Тиреотоксичний криз. Див. "Алгоритм дій сімейної медсестри при тиреотоксичному кризі".

# СИНДРОМ ГІПЕР- І ГІПОГЛІКЕМІЇ

## Синдром гіперглікемії

Синдром гіперглікемії пов'язаний з недостатньою секрецією інсуліну або порушенням його дії.

*Основні причини:*

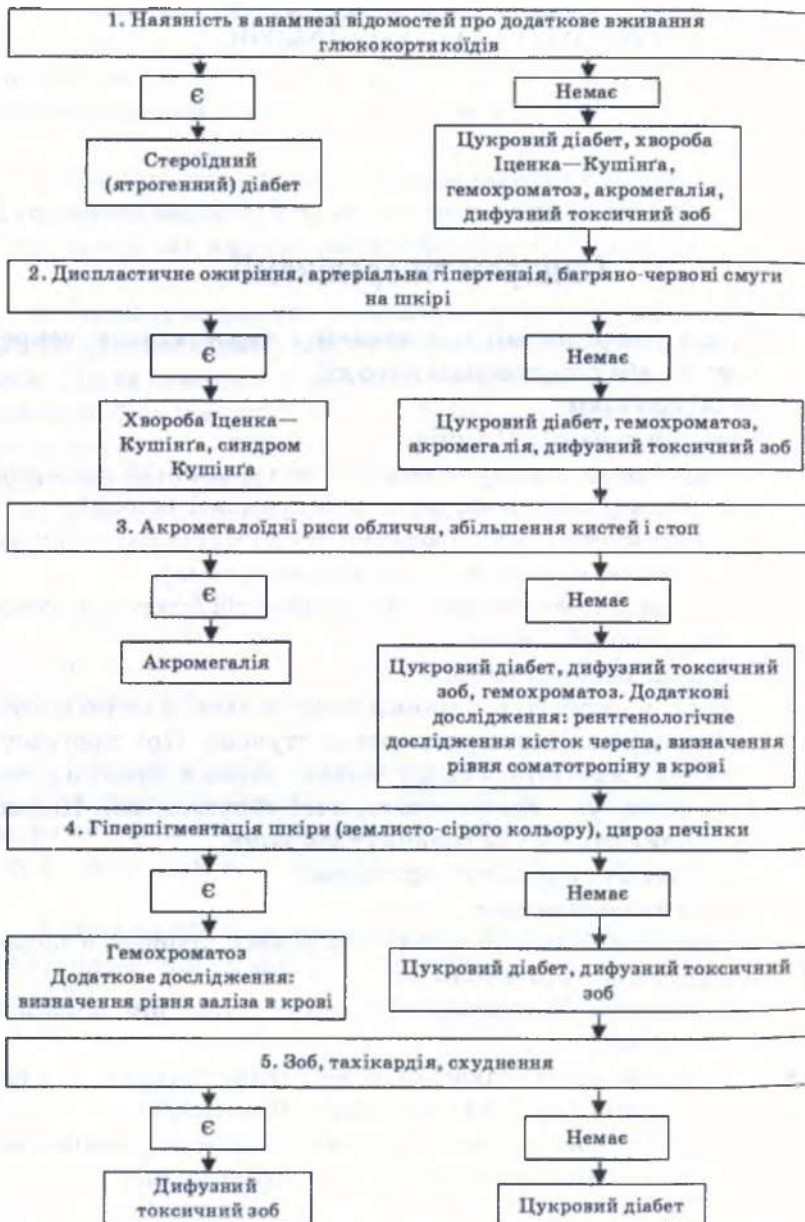
- цукровий діабет I і II типів;
- захворювання підшлункової залози (хронічний панкреатит, пухлини, видалення частини підшлункової залози);
- інші ендокринні захворювання (тиротоксикоз, синдром Іценка—Кушінґа, акромегалія, феохромоцитома);
- вживання деяких лікарських препаратів (стероїди, сечогінні) — ятрогенний діабет;
- генетичні захворювання.

*Клініка* синдрому гіперглікемії виявляється сухістю в роті, спрагою, поліурією, що наростають поступово. При прогресуванні процесу з'являються біль у животі, запах ацетону з рота, шкірні покриви сухі, гіперемовані, очні яблука м'які. Надалі виникає сонливість і може розвинутися кома.

*Діагностика* синдрому гіперглікемії

- рівень глюкози натще:
  - за методом Сомоджі—Нельсона рівень глюкози в здорових становить 3,3—5,5 ммоль/л;
  - за методом Хагедорна—Єнсена — 4,4—6,6 ммоль/л (менш точний метод);
- визначення рівня глюкози в сечі (глюкозурія) — з'являється при рівні глюкози в крові понад 9 ммоль/л;
- експрес-методи діагностики глюкозурії за допомогою тест-смужок, таблеток (глюкотест, кліністикс та ін.).

### Алгоритм з'ясування головних причин синдрому гіперглікемії



Тест для визначення толерантності до глюкози проводиться на тлі звичайного рухового і харчового режиму. Після забору крові натще хворий протягом 5 хв випиває 75 г глюкози (або 100 г цукру), розчинені у 250 мл води. Через 2 год повторно досліджується глюкоза крові. Під час проби не дозволяється палити і вживати їжу. Оцінювання результатів тесту:

• глюкоза натще:

— у нормі — менше ніж 5,5 ммоль/л;

— порушення толерантності до глюкози — 5,5—6,7 ммоль/л;

— цукровий діабет — понад 6,7 ммоль/л;

• глюкоза через 2 год:

— у нормі — менше ніж 6,7 ммоль/л;

— порушення толерантності до глюкози — 6,7—11,1 ммоль/л;

— цукровий діабет — понад 11,1 ммоль/л.

Для визначення рівня глюкози розроблено прилади для експрес-діагностики глюкози крові протягом 45 с.

## Синдром гіпоглікемії

Пов'язаний з вуглеводним голодуванням тканин головного мозку і з'являється при зниженні рівня глюкози в крові.

*Причини:*

— може розвинутися у здорових людей під час важких фізичних навантажень;

— деякі пухлини підшлункової залози, що призводять до гіперсекреції інсуліну (інсулома);

— деякі ендокринні захворювання (гіпотиреоз, гіпофункція гіпофіза).

*Клініка* синдрому виявляється короткочасним періодом збудження центральної нервової системи, що змінюється пригніченням. Хворий відчуває занепокоєння, слабкість, тремор, потім можуть виникати судоми і кома. Шкірні покриви бліді, вологі, очні яблука тверді.

Діагноз встановлюється на підставі зниження рівня глюкози в крові нижче ніж 3,3 ммоль/л.

**Цукровий діабет (ЦД)** — це системне гетерогенне захворювання, зумовлене дефіцитом інсуліну: абсолютним при інсулінозалежному діабеті (ІЗЦД, або I тип) або відносним при інсулінонезалежному цукровому діабеті (ІНЗЦД, або II тип).

На діабет I типу хворіють 15 % усіх хворих на цукровий діабет. Діабет I типу має генетичну схильність, пов'язану з певними генами (головний з них перебуває в 6 хромосомі, його мають 40 % родин).

*Чинники довкілля, що провокують ІЗЦД:*

- коров'яче молоко;
- нітрати в питній воді;
- інфекції, віруси (Коксакі, паротит).

Віруси спричинюють порушення  $\beta$ -клітин, існує так звана молекулярна мімікрія. Віруси і  $\beta$ -клітини мають загальні речовини, що призводить до того, що імунна відповідь спочатку розвивається до антигенів вірусу, а потім і до власних антигенів  $\beta$ -клітин організму. Відповідно до гіпотези молекулярної мімікрії тканина підшлункової залози взагалі може бути не інфікована вірусом, але є вторинною мішенню перехресної імунної реакції, що розвивається в іншій тканині.

• Дефіцит вітаміну D у дитинстві (є дослідження, які доводять, що призначення вітаміну D у ранньому віці запобігає розвитку цукрового діабету).

• Медикаменти (препарати для лікування СНІДу,  $\beta$ -блокатори, блокатори кальцієвих каналів, алкоголь, нікотинова кислота, клонідин та ін.).

• Наявність в анамнезі гемохроматозу, муковісцидозу, тиреоїдиту, перніціозної анемії та ін.

ІНЗЦД пов'язаний з інсулінорезистентністю, зміною ендогенного утворення глюкози печінкою та порушенням секреції і вивільнення інсуліну з підшлункової залози.

Для вирішення питання про тип діабету в пацієнта необхідно отримати відповіді на такі запитання:

- Чи буває кетонурія?
- Чи тяжкий перебіг діабету?
- Чи давно почалося захворювання?
- Чи є втрата маси тіла?
- Чи худий пацієнт?
- Вік до 30 років.

Більшість відповідей “так” свідчить на користь інсулінозалежного цукрового діабету. Якщо превалюють відповіді “ні” — найімовірніший інсулінонезалежний цукровий діабет.

## Лікування цукрового діабету

### Концепція загальної діабетичної допомоги



### Дієта

З дієти починається лікування будь-якого ЦД, причому її потрібно дотримуватися протягом усього життя. Завдання сімейної медсестри — навчити хворого правильно харчуватися.

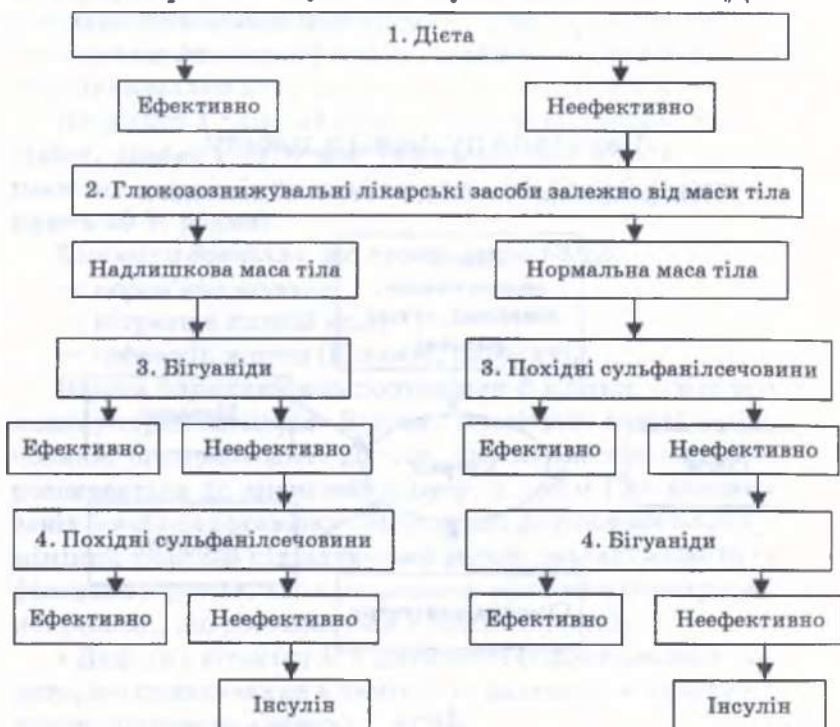
При підвищеній масі тіла — дієта гіпокалорійна, обмежити жири, легкозасвоювані вуглеводи. Більше вводити у раціон овочів, віддаючи перевагу олії.

Режим харчування: 3 основних (сніданок, обід, вечеря) і 3 додаткових (другий сніданок, полудник, пізня вечеря). Сніданок і вечеря — 25 % енергетичної цінності їжі, обід — 30 %, додаткове споживання їжі — по 10 %.

Краще не вживати спиртного (іноді декілька ковточків). Зовсім заборонити солодкі алкогольні напої (лікер, десертні вина). Пам'ятати, що коньяк, сухі вина, горілка можуть знижувати рівень глюкози в крові.

Уникати простих вуглеводів (варення, торти, шоколад тощо).

## Алгоритм «Лікування інсулінонезалежного ЦД»



## Алгоритм «Лікування інсулінозалежного ЦД»



**Пам'ятати!** При діабеті важлива якість, а не кількість їжі.

Важливо навчити пацієнта користуватися хлібними одиницями (ХО), щоб він знав що, коли, скільки з'їсти.

## Поняття про хлібні одиниці

1 ХО підвищує глюкозу крові на 1,8 ммоль/л. На 1 ХО потрібно 2 ОД інсуліну. Вуглеводмісні продукти потрібно підра-

ховувати, адже вони підвищують глюкозу крові. Їх можна розподілити на 4 групи:

- 1) зернові (злакові) — хліб, рис та інші крупи;
- 2) деякі сорти овочів (наприклад картопля);
- 3) молоко та деякі молочні продукти;
- 4) фрукти, соки.

1 ХО = 10—12 г вуглеводів і за вмістом вуглеводів рівнозначна 1 стандартному шматку хліба (зріз батона або 1/2 зрізу буханки будь-якого хліба завтовшки 1 см), або 2 повним столовим ложкам будь-якої вареної каші, або 1 середньому яблуку, або 1 склянці молока чи кефіру тощо за наведеною таблицею.

## Інсулінотерапія

Завдання сімейної медсестри полягає в контролі лікування, призначеного ендокринологом, в умінні навчити пацієнта правильного введення інсулінів, користування шприц-ручкою.

### *Правила введення інсуліну шприцом:*

- перед ін'єкцією пацієнт повинен вимити руки з милом, приготувати інсуліновий шприц відповідної до інсуліну концентрації (40 ОД/мл або 100 ОД/мл).

- Зігріти в руках флакон з інсуліном, якщо він зберігався в холодильнику. Не можна зігрівати інсулін під сонячними променями, оскільки знижується його активність.

- Обробити гумовий корок флакона спиртом і почекати, поки спирт висохне.

- Наповнити шприц інсуліном, для чого попередньо ввести у флакон кількість повітря, що відповідає дозі інсуліну. Якщо проводять ін'єкцію суміші інсулінів, у шприц спочатку набирають інсулін короткої дії (прозорий), потім середньої, далі тривалої.

- Увести інсулін підшкірно, змінюючи місця введення інсуліну в різний час доби (наприклад, живіт — уранці, стегно — увечері). Бажано щотижня міняти бік ін'єкції (наприклад, 1 тиж — ліва половина живота, ліве стегно, 2 тиж — праві). У межах однієї ділянки проводити ротацію місць ін'єкцій інсуліну. Кожну наступну ін'єкцію робити на відстані 2 см від попе-

<p style="text-align: center;"><b>1. ЗЕРНОВІ</b></p> <p>(хліб, борошняні вироби, каші): хліб, будь-які булочки (крім здобних) — 1 шматок (25 г); сухарі (крім здобних) — 2 шматки (15 г); хрусткі хлібці — 2 шт.; крекер (сухе печиво) — 3 порівн. (15 г); сушка — 1 шт. <i>Крупа будь яка:</i> сира 1 ст. л. (15 г); варена — 2 ст. л. з верхом (50 г). <i>Вермішель, локшина, ріжки:</i> варені — 1,5 ст. л. (15 г); проросла пшениця — 3 ст. л. (25 г); борошно будь-яке — 1 ст. л. з горою (15 г); пшеничні висівки — 2 ст. л. (50 г); панірувальні сухарі — 1 ст. л. (15 г). <i>Тісто сире:</i> дріжджове — 25 г; листокове — 35 г; млинець — 1 шт. (великий тонкий); млинички (с несолодкою начинкою) — 1,5 шт.; оладки (кисле тісто) — 1 шт.; пельмені — 4 шт. середніх; вареники (з несолодкою начинкою) — 2 шт. середніх;</p>	<p style="text-align: center;"><b>3. МОЛОКО та МОЛОЧНІ ПРОДУКТИ</b></p> <p>молоко, кефір, кисле молоко будь-якої жирності, краще 0,5 % — 1 склянка (250 мл); згущене молоко без цукру (10 % ж.) — 1/2 склянки (100 мл); йогурт (3,6 % ж.) — 1 склянка (250 мл); сира маса (солодка); 100 г морозива — 1 порції (65 г).</p> <p style="text-align: center;"><b>4. ФРУКТИ</b></p> <p>абрикоси без кіст. — 2 великих (100 г); ананас — 1 скибочка (90 г); апельсин без шкірки — 1 маленький (100); кавун без шкірки і кіст. — 210 г; банан без шкірки — 1 середній (50 г); вишня — 10—12 великих (100 г); груша — 1 маленька (100 г); гранат — 1 великий (200 г); диня без шкірки — 240 г; суниця, ожина, чорниця, лохина, брусниця, малина, смородина, агрус, шовковиця — 1 чайна чашка (150 г); інжир сирій — 1 шт. (70 г); полуниця — 10 середніх (160 г); мандарини — 3 дрібних або 1 великий (120 г); манго — 80 г; персик без кіст. — 1 середній (120 г);</p>
--	---

<p>сирники (несолодкі) — 1 шт. середній (85 г); пиріжок (з м'ясом, капустою) — 1/2 шт. середній; котлети (з хлібом) — 1 шт. середня; варена ковбаса, сосиски (з добавками) — 100 г</p>	<p><i>Сливи:</i> — сині — 3—4 середніх (100 г); — червоні — 2—3 середніх (80 г); хурма — 1 середня (80 г); сухофрукти — 20 г.</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. ОВОЧІ</b></p> <p><i>Картопля:</i> відварена, печена — 1 шт. середня (75 г); пюре — 1 ст. л. з верхом (90 г); смажена — 1,5—2 ст. л. (40 г); суха смажена — 12 шматочків (30 г); топінамбур — 1 шт. (70 г); оладки з картоплі — 1 шт. (60 г); крохмаль — 1 ст. л. з верхом. <i>Кукурудза:</i> у качані — 1/2 качана великого (160 г); розсіпом варена — 3 ст. л. (60); кукурудзяні пластівці — 4 ст. л. (15 г); боби варені — 3 ст. л. (50 г). <i>Горошок зелений:</i> свіжий — 7 ст. л. (100 г); варений — 6 ст. л. (90 г)</p>	<p style="text-align: center;"><b>5. СОКИ НАТУРАЛЬНІ</b></p> <p>апельсиновий — 1/2 склянки (100 мл); виноградний — 1/4 склянки (70 мл); грейпфрутовий 1/2 склянки (130 г); морквяний — 1 склянка (200 мл); буряковий — 1/2 склянки (125 мл); томатний — 1,5 склянки (300 мл); яблучний — 1/3 склянки (90 мл); <i>компот із сухофруктів (без цукру):</i> навар рідкий — 2 склянки (400 мл); навар із гущею на 1/2 склянки — 1 склянка; квас, пиво — 1 склянка</p>

<p><b>6. ЦУКОР І ЙОГО ЗАМІННИКИ</b>  цукровий пісок — 2 ч. л. (12 г);  цукор швидкорозчинний — 1—3 шматки (12 г);  цукор-рафінад — 1 шматок (12 г);  мед — 2 ч. л. без верху;  торт солодкий — на 100 г — 6—8 ОД інсуліну;</p>	<p>халва — на 100 г — 5 ОД інсуліну;  діабет. мед — 1 ст. л. (15 г);  сорбіт — 1 ст. л. (12 г);  фруктоза 1 ст. л. (12 г).</p> <p><b>7. ГОРІХИ</b>  волоські — 6 ст. л. (90 г);  мигдаль — 100 г.</p>
<p><b>ДУЖЕ ВАЖЛИВО З'ЇДАТИ ЗА ОДИН РАЗ НЕ БІЛЬШЕ 6—8 ХО!!!</b>  <b>ЗА ДОВУ з'їдена кількість ХО залежить від фізичної активності. При нормальній масі тіла:</b>  важка фізична праця — 24—25 ХО;  інтелектуальна праця  чоловіків — 20—21 ХО;  жінок — 18—19 ХО;  ліжковий режим — 13—14 ХО.  Обмеження до 10—12 ХО на добу допоможе скинути зайву масу тіла, а золоте правило що, скільки і коли їсти зробить життя хворого повноцінним і радісним.</p>	

редньої. Для дорослих і дітей існують спеціальні ротаційні гра-ти. Усе це запобігає розвитку ліподистрофії.

• Попередити, що після ін'єкції інсуліну хворий повинен поїсти протягом 30 хв.

**Правила користування шприц-ручкою:**

• легко поверніть і зніміть ковпачок. Відкритіть контейнер для картриджа.

• Поверніть кільце поворотного механізму по годинни-ковій стрілці, поки поршень не повернеться в початкове поло-ження.

• Прозезинфікуйте кольоровий кінець Пенфіл спиртом і дайте просохнути.

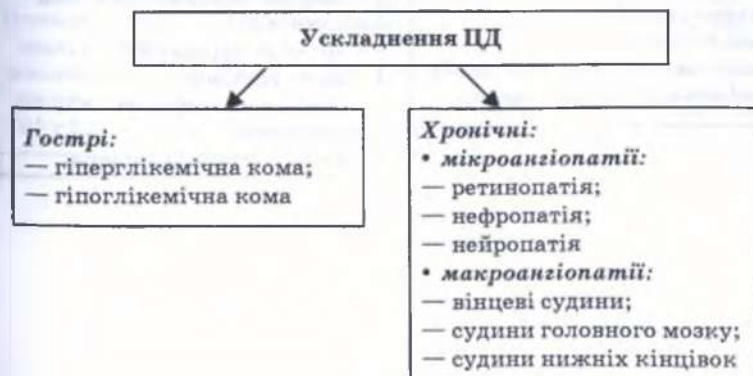
• Вставте Пенфіл у контейнер кольоровим кінцем і на-крутіть контейнер на іншу частину ручки.

• Якщо ви застосовуєте суспензію інсуліну, перед ін'єкцією необхідно плавними рухами (до 10 разів) домогтися однорід-ності інсуліну.

• Накрутіть нову голку Новофайн на кольорову головку картриджа Пенфіл і, потягнувши, зніміть ковпачок.

• Перед першою ін'єкцією встановіть на шкалі дозу "0", потім наберіть 2 одиниці і, натиснувши на кнопку, виштовх-ніть повітря з голки (з'явиться крапля інсуліну). За потреби повторіть цю процедуру.

• Перед набором дози завжди встановлюйте селектор дози в положення "0". Дозу набирають поворотом кнопки з кроком в 1 ОД. Після підшкірного введення голки інсулін уводять про-стим натисканням кнопки. Рекомендується витягати голку зі шкіри через 2—3 с після введення інсуліну для повнішого над-ходження інсуліну.

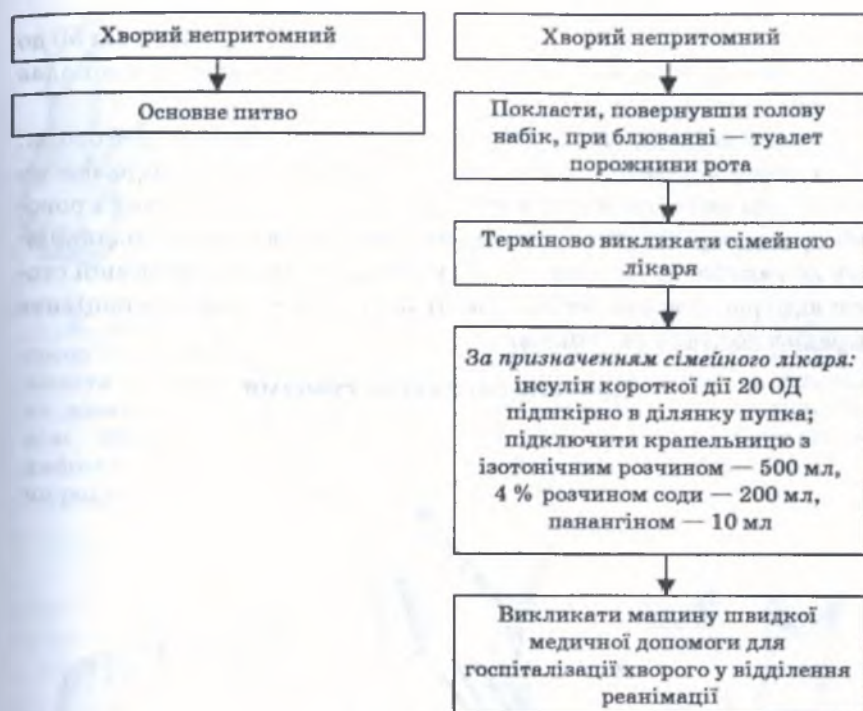


Сімейна медсестра повинна вміти виявити ознаки гіпер- і гіпоглікемічної коми, дати пораду хворому виходячи з причин і методів профілактики виникнення коми, хронічних ускладнень.

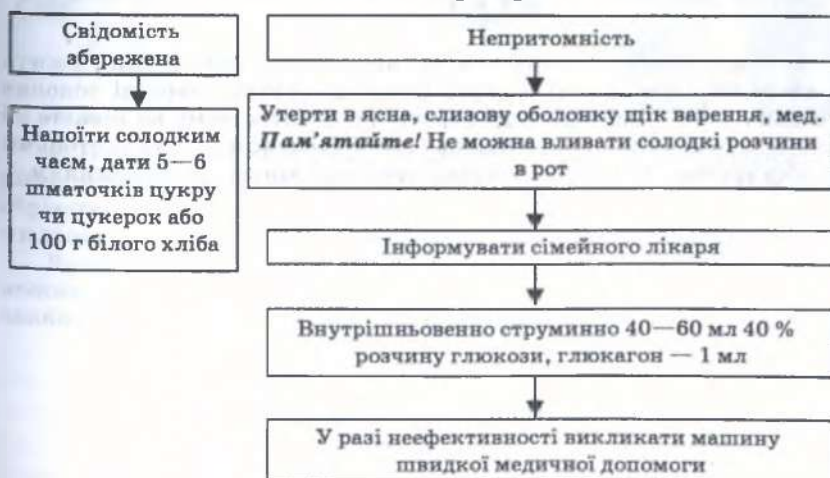
### Коми при цукровому діабеті



### Алгоритм дій сімейної медсестри при гіперглікемічній комі



### Алгоритм дій сімейної медсестри при гіпоглікемічній комі



## Синдром діабетичної стопи

Розвивається у 30—80 % хворих на ЦД. За даними від 50 до 70 % загального числа ампутацій нижніх кінцівок припадає на частку хворих з ЦД.

Існує нейропатична і ішемічна форми діабетичної стопи. Для першої характерне утворення нейропатичної виразки на стопі, що не гоїться місяцями, для другої — порушення кровообігу в артеріях нижніх кінцівок, що призводить у подальшому до гангрени. Важливу роль у профілактиці діабетичної стопи відіграє сімейна медсестра. Її завдання — навчити пацієнта правил догляду за стопами.

### Правила догляду за стопами



1. Є декілька важливих для Вас причин, які вимагають стежити за стопами. При діабеті можуть пошкоджуватися нервові волокна стоп, що часто призводить до втрати чутливості, тому ви можете не помітити невеликих пошкоджень стоп. Ретельний догляд за стопами і підбір зручного взуття може запобігти серйозним пошкодженням.



2. Вам потрібно оглядати стопи кожного дня і добре вимивати їх з милом. Якщо Вам не вдається самому оглянути всю стопу, використовуйте дзеркало або попросіть друзів чи родичів допомогти Вам.



3. Важливо насухо витирати стопи за допомогою м'якого рушника, особливо в ділянці міжпальцевих проміжків. Потім потрібно обробити стопи звичайним тальком.



4. Не можна дуже коротко обрізати нігті, особливо по краях. Нігті потрібно обрізати, дотримуючись природної форми кінчиків пальців.

Використовувати потрібно тільки ножиці або спеціальні кусачки для обрізання нігтів.



5. Підтримуйте м'якість шкіри за допомогою зволожувальних кремів, але не наносьте крем між пальцями.



6. Носіть м'які шкарпетки або колготки, бажано бавовняні або вовняні. Змінюйте їх кожного дня. Впевніться, що вони добре підходять, не занадто великі і не занадто малі.

7. Ноги потрібно тримати в теплі, і вони повинні бути сухими. Носіть тільки правильно підібране взуття, яке добре захищає ноги (це стосується і сандалів). Потрібно носити взуття із м'якої шкіри. Не ходіть у новому взутті тривалий час, розношуйте його поступово.

8. Ніколи не ходіть босоніж вдома і на вулиці. Не прикладайте до ніг гарячі грілки і не кладіть ноги близько біля багаття.

9. Кожного дня оглядайте ваше взуття щодо виявлення тріщин, камінців, цвяхів чи інших можливих спричинювачів подразнення. Ви можете не завжди їх помітити через втрату чутливості в стопі.

**10. Важливі зауваження.**

Стопи повинен регулярно оглядати ваш лікар або спеціаліст з догляду за ногами. Терміново звертайтеся за медичною допомогою, якщо Ви помітили зміни в кольорі стоп, потертості, набряки стоп чи які-небудь виділення із пошкоджень. Нігті, які вросли, ороговілі мозолі потрібно лікувати тільки у спеціаліста з догляду за ногами.

### Профілактика ЦД

Сімейна медсестра бере активну участь у проведенні первинної і вторинної профілактики ЦД.

*Первинна профілактика* включає:

поліпшення психоемоційного клімату в родині;  
нормалізацію праці і відпочинку;  
раціональне харчування, що особливо важливо при підвищеній масі тіла;

раннє виявлення хворих на ЦД під час профоглядів;

санітарно-просвітню роботу.

*Вторинна профілактика* спрямована на досягнення тривалого періоду компенсації і запобігання ускладненням у хворих на ЦД. Велику роль відіграє навчання пацієнтів методів самоконтролю.

Основою контролю діабету є прості аналізи, які можна регулярно проводити в домашніх умовах, визначаючи концентрацію глюкози в крові або сечі, а також у деяких ситуаціях — вміст ацетону в сечі.

Слід пам'ятати, що більшість хворих не здатна почувати перепади глюкози в межах 4,0—13,0 ммоль/л. Більше того, тривало декомпенсовані хворі часто адаптуються до високого рівня глюкози в крові і відчувають себе задовільно при високому рівні глюкози в крові. Саме в цьому і полягає небезпека цукрового діабету, оскільки високий рівень глюкози в крові неминуче призводить до розвитку ускладнень.

Найпоширенішим способом самоконтролю без використання будь-яких приладів є визначення глюкози в крові за допомогою тест-смужок. Це тест-смужки для візуального контролю рівня глюкози в крові — після нанесення краплі крові на тест-смужку виникає хімічна реакція, що змінює колір смужки. Потім колір тест-смужки зрівнюють із колірною шкалою, нанесеною на флаконі, де зберігаються тест-смужки, і в такий спосіб візуально визначають вміст глюкози в крові. Однак цей метод неточний.

Ефективніший засіб самоконтролю — використання глюкометрів (індивідуальних приладів для самоконтролю). При використанні глюкометрів процес проведення аналізу повністю автоматизований. Для аналізу потрібна мінімальна кількість крові: досить просто торкнутися спеціальної тест-смуж-

ки для глюкометра краплею крові. Крім того, глюкометри час-то забезпечуються пам'яттю, що дає змогу фіксувати попередні результати, що зручно для контролювання перебігу діабету.

Ось іще одна дуже важлива порада для хворих — ведення щоденника самоконтролю. Щоденник необхідно брати із собою щоразу, коли хворий іде до лікаря, якому буде значно простіше допомогти хворому за наявності цих записів. Як уже згадувалося раніше, для самоконтролю діабету використовують не лише визначення рівня глюкози в крові, а й контроль концентрації глюкози в сечі. Визначення глюкози в сечі — менш інформативний спосіб оцінки стану організму, оскільки він залежить від індивідуального “ниркового порога” і являє собою середній рівень глюкози в сечі за час після останнього сечовипускання, а не відбиває справжні коливання глюкози в сечі. Щоб оцінити рівень глюкози в сечі на даний момент, необхідно спочатку спорожнити сечовий міхур, а потім зібрати “свіжу” сечу за останні 30 хв. Для проведення аналізу застосовують тест-смужки, які змінюють свій колір залежно від концентрації глюкози в сечі, і їх порівнюють потім з колірною шкалою, нанесеною на флаконі. Цей метод має свої переваги, зокрема:

- процедура визначення безболісна;
- її можна здійснювати в будь-який час;
- проведення цієї процедури не потребує великих витрат.

Але такий контроль не зовсім точний.

Виявлення глюкози в сечі потребує запобіжних заходів. Зазвичай це означає, що потрібно звернути увагу на рівень глюкози в крові, адже глюкоза з'являється в сечі лише тоді, коли її рівень перевищує певну величину — так званий нирковий поріг глюкози (тобто якщо глюкоза крові перевищує 8—9 ммоль/л, нирки неспроможні її “стримувати” і виділяють її в сечу). Отже, якщо у хворого в сечі є глюкоза, необхідно перевірити, як він контролює свій діабет — чи правильно й у певній кількості вживає глюкозознижувальні препарати, чи дотримує рекомендацій з харчування. Необхідно усунути виявлені недоліки, а якщо самостійно усунути глюкозу в сечі не вдається, звернутися до лікаря.

Ще один метод самоконтролю — визначення вмісту ацетону в сечі. Як правило, ацетон у сечі визначають у тому разі, якщо показники рівня глюкози в крові тривалий час переви-

щували 13,0 ммоль/л або рівень глюкози в сечі становив понад 2 %, а також у разі раптового погіршення самопочуття, з появою ознак діабетичного кетоацидозу (нудота, блювання, запах ацетону з рота та ін.) і при виникненні інших захворювань. Виявлення ацетону в сечі свідчить про небезпеку розвитку діабетичної коми. У цьому разі необхідно негайно звернутися до лікаря.

Як уже зазначалося раніше, щоденний самоконтроль дає змогу постійно підтримувати гарний стан обміну речовин, тобто стан компенсації цукрового діабету. Добра компенсація цукрового діабету не тільки ліквідує симптоми хвороби, а й дає змогу поліпшити якість життя, збільшити його тривалість і значно відстрочити розвиток ускладнень цукрового діабету або уникнути його. І справді, вирішальне значення має не досягнення нормальних показників рівня глюкози крові натще і протягом дня в умовах нетривалого перебування в стаціонарі, а підтримання цих показників на такому самому рівні протягом усього проміжку часу між консультаціями лікаря.

Необхідно також підкреслити, що мета компенсації — не тільки недопущення гіперглікемії, тобто високого рівня глюкози в крові, а й відсутність падіння рівня глюкози нижче ніж 3,3 ммоль/л, тобто розвитку гіпоглікемії — низького рівня глюкози в крові.

Медичні працівники повинні брати участь у працевлаштуванні хворих на ЦД, оскільки від цього залежить перебіг хвороби і життя хворого. Хворим, які отримують інсулін, забороняється працювати на транспорті, біля машин і механізмів, на конвеєрі, на висоті, з великими фізичними навантаженнями, не рекомендуються відрядження, нічні чергування.

Сімейна медсестра повинна навчити жити з ЦД усіх членів родини: дитину, дорослу людину, вагітну.

## Цукровий діабет і дитина

Цукровий діабет найчастіше виявляється у малюків. Діабет необхідно відразу взяти під контроль, подавши неухильні вимоги у вигляді гри. Необхідно терпляче раз за разом пояснювати дитині вимоги цієї гри. Пам'ятайте, що слід спостерігати дитину, в якій виявлено цукровий діабет, одночасно в сімейного лікаря і діабетолога. Діабет впливає на всю родину маленького члена нашого суспільства, тому дуже важливо навчати саме родичів дитини.

Батькам необхідно знати телефон, за яким цілодобово можна отримати консультацію з цукрового діабету. Особливістю цукрового діабету I типу в дітей є так званий медовий місяць, коли потреба в інсуліні може знизитися до 1—2 ОД на добу і залишатися такою протягом декількох тижнів або місяців, але, зрештою, зростає знову. Необхідно знати про це, щоб уникнути гірких розчарувань.

Важливо, щоб дитина не сприймала медичну сестру і лікаря як директора школи — можливо, їм просто потрібно знімати білий халат, навідуючи маленького пацієнта.

**Ін'єкції.** Технікою ін'єкції повинні володіти і батьки дитини, але бажано, щоб дитина віком понад 8 років сама робила уколи.

Аналізи крові на глюкозу турбують дітей більше, ніж ін'єкції інсуліну, але робити їх необхідно; треба шукати найменш болючу частину пальця.

**Харчування.** Дієта при цукровому діабеті, як уже зазначалося, є нічим іншим, як здоровим харчуванням — це повинні розуміти всі члени родини. Дитина повинна їсти достатньо, щоб нормально рости — дієту не слід розглядати як спосіб обмеження маси тіла, за винятком випадків, коли дитина справді страждає на ожиріння. Єдиний виняток у меню становлять легкозасвоювані вуглеводи, однак при повторних порушеннях режиму краще ввести додаткову кількість інсуліну, розраховавши відповідну дозу.

**Сварки.** Їжа — найчастіша причина “боїв” між дитиною і родичами. Усі діти використовують свою слабкість як зброю для досягнення локальної мети. Діабет — дуже ефективна

зброя в руках хворої дитини. Вередливій дитині без діабету можна сказати: «Не хочеш їсти — ходи голодна». У нашому випадку дитина знає: якщо ввели інсулін, батьки обов'язково будуть наполягати, щоб вона поїла для уникнення гіпоглікемії. Необхідно бути більш гнучким і боротися із захворюванням всіма доступними методами. Багато хто з батьків настільки наляканий ймовірними ускладненнями, що скрупульозно і фанатично дотримуються рекомендацій, не бажаючи розуміти, що можна припускати певні послаблення.

**Зростання.** Дефіцит інсуліну серйозно впливає на зростання і розвиток дитини, адже хронічна наявність високого вмісту глюкози в крові пригнічує секрецію гормону росту. На всіх дітей з діабетом віком до 19 років заводять картки фізичного розвитку (зріст і маса тіла) — сюди заносять дані про зріст і масу тіла батьків. За підозри на затримання зросту необхідно терміново звернутися до фахівця, у цьому разі зволікання неприпустиме.

### Пубертатний період

У цей час змінюється гормональне дзеркало людини, доза інсуліну збільшується, виникає нестійкий глікемічний баланс. На початку періоду статевого дозрівання відбувається збільшення споживання їжі, що є ще одним приводом звернути увагу на харчування, оскільки збільшення дози інсуліну у відповідь на зростання апетиту призводить найчастіше до збільшення маси тіла. Однак допускати гіперглікемію також небажано.

У дитини змінюється світогляд, відтак необхідно повторити всю інформацію про діабет підліткові, спонукаючи його до продовження лікування. Тема, що зацікавлює практично всіх молодих людей, — міжстатеві стосунки. Хлопчикам можна вказати на швидкий розвиток імпотенції при хронічній гіперглікемії, дівчатка зацікавлені інформацією про можливість мати здорових дітей. До речі, менструації можуть спричинити циклічну гіперглікемію (а іноді і гіпоглікемію).

### Дорослішання з діабетом

Необхідно пам'ятати, що дуже важливо своєчасно поговорити з підлітком на теми, що цікавлять його завжди: статеве життя, вагітність, спадковість, алкоголь, сигарети, “заборо-

нені” продукти, тривалий вплив діабету на організм, його можливі наслідки.

### Навчання

Не соромтеся свого захворювання! Про нього повинні знати вчителі, друзі — за потреби вони нададуть допомогу. Розповідайте їм про характер діабету (“Мое захворювання не інфекційне, не заразне”) і ознаки зниженого рівня глюкози в крові. І пам’ятайте, що однокласники, які сміються над дитиною, поперше, ніколи не пропустять свою, необхідну для них процедуру (укол, їжа, телефонний дзвінок), а, по-друге, не додадуть вам здоров’я у разі вашої відмови від ін’єкції, “щоб не прозвали наркоманом”. Звертайте увагу на успішність, її невмотивоване зниження може бути симптомом погіршення контролю цукрового діабету.

У компактний діабетичний набір хлопця, який прагне бути самостійним і незалежним, повинні входити шприц-ручка для багаторазового введення інсуліну короткої дії (інсулін середньої і тривалої дії можна залишити вдома), портативний глюкометр для визначення рівня глюкози, готові до вживання у разі розвитку гіпоглікемії продукти (наприклад цукор), щоденник самоконтролю і візитна картка діабетика.

Також важливо проінформувати всіх родичів, які живуть із хворим, що цукровий діабет — це не інфекційне захворювання. Важливе розуміння ролі правильного харчування в родині — не їжте в присутності хворого члена родини заборонені йому продукти. Краще, коли на дієту переходять усі члени родини. Завжди знайте, з ким і як зв’язатися при виникненні невідкладного стану у вашої близької людини. Діабет може стати прийнятною відкритою формою сімейного життя, зброєю, засобом захисту або ж ворогом, що призводить до інвалідності і фінансової катастрофи. Діабетик насамперед потребує всілякої підтримки в родині. Якщо пацієнт згодний, найближчим родичам потрібно зустрітися з ендокринологом і довідатися якнайбільше про це захворювання. У школі діабету можна навчатись як людям з діабетом, так і членам їхніх родин.

## Спадковість цукрового діабету

За найпесимістичнішими даними ризик розвитку цукрового діабету I типу становить:

у однойцевих близнюків — 30—50 %, якщо в одного з них діагностовано діабет;

у брата або сестри — 8 %, якщо хворий один з братів або сестер;

у сина або дочки хворої матері — до 3 %;

у сина або дочки хворого батька — до 7 %;

у сина або дочки обох хворих батьків — до 30 %;

серед усього іншого населення — 0,25 %.

Ризик розвитку цукрового діабету II типу становить:

для однойцевих близнюків — 100 %, якщо в одного з них діагностовано цукровий діабет;

у брата або сестри хворого на цукровий діабет — 25 %;

у сина або дочки хворого одного з батьків — 15 %;

у сина або дочки обох хворих батьків — 75 %;

серед усього іншого населення — 5—7 %.

## Жінка і діабет

Усі зміни, що відбуваються в жіночому організмі, впливають на діабет і піддаються зворотному впливу. Менструації часто спричинюють гіперглікемію, що відзначається в останній день менструації або перед нею, найчастіше в перші 2 дні. Гіпоглікемія ймовірна перед менструацією або коли кровотрата убуває.

Нелікований діабет може призвести до порушення менструального циклу.

**Контрацепція.** Бар'єрні методи — найприйнятніший варіант (мембрани, сперміциди) у разі їх правильного застосування. За неправильного використання вони неефективні, збільшують ризик поширення інфекції сечових і статевих шляхів. Найоптимальніше використовувати презервативи — вони не впливають на рівень глюкози в крові, запобігають інфекції.

Протизаплідні таблетки порушують толерантність до глюкози і картину ліпідів крові, на їхньому тлі при цукровому діабеті підвищується артеріальний тиск, зростає ризик серцево-судинних захворювань і тромбоемболічних ускладнень.

**Вагітність.** Жінка, хвора на цукровий діабет, має здатність до запліднення, проте підвищення глюкози й ниркова недостатність можуть цьому перешкоджати. Найголовніша й обов'язкова умова — вагітність повинна бути запланованою (див. алгоритм планування вагітності у хворих на цукровий діабет).

Після ухвалення рішення про бажання завагітніти жінка повинна проконсультуватися в ендокринолога та окуліста й отримати рекомендації щодо поведінки під час вагітності стосовно цукрового діабету.

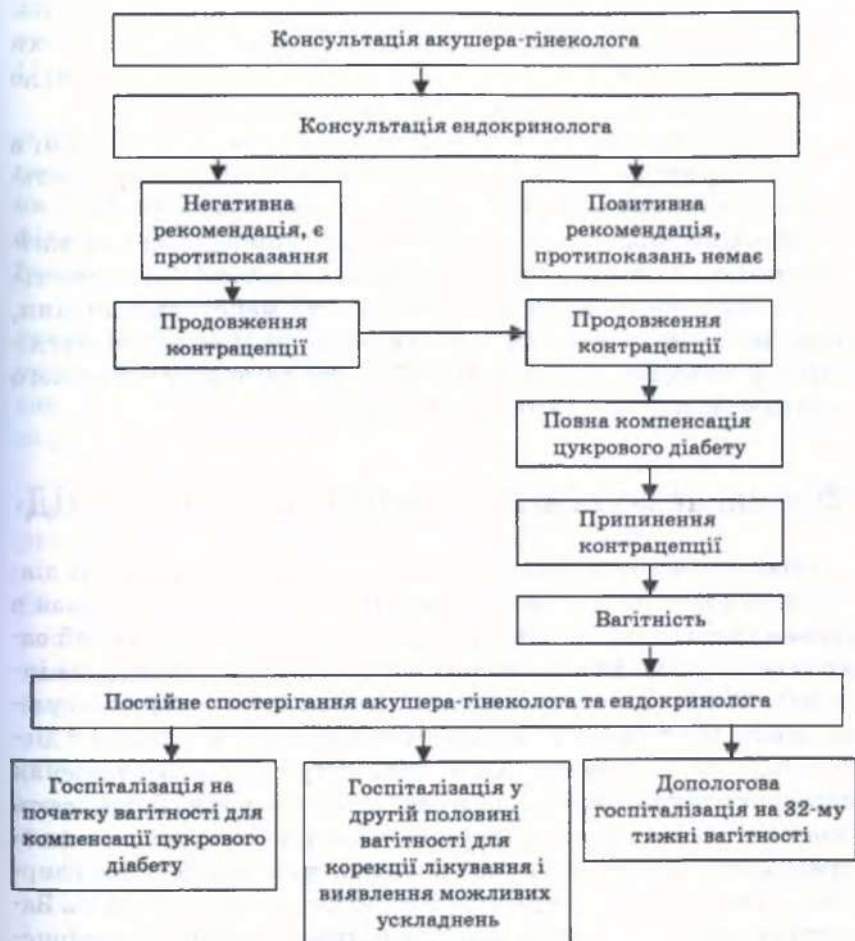
Вагітність — пряме показання до інтенсивної інсулінотерапії і суворого контролювання перебігу цукрового діабету.

Дівчатам-підліткам особливо варто пам'ятати, що при створенні родини надзвичайно важливо планувати настання вагітності і застосовувати контрацепцію аж до того моменту, коли вони запланують завагітніти. Необхідним вважають досягнення і підтримування стійкої компенсації протягом 3 міс до зачаття.

Жінці на весь період вагітності потрібно забезпечити спільне спостереження акушера й ендокринолога. Вагітність — це абсолютне показання для призначення людського інсуліну.

Спочатку після зачаття потреба в інсуліні знижується. Дози інсуліну коригують з метою досягнення рівня глюкози натще 4,0—5,0 ммоль/л і впродовж дня — 4,0—7,0 ммоль/л. Щоб уникнути гіпоглікемії перед сном, жінка повинна мати рівень глюкози в крові не менше ніж 6,0 ммоль/л. Оскільки пацієнтки стійко намагаються нормалізувати глюкозу, то гіпоглікемії спостерігатимуться частіше. Жінка і її партнер мають бути попереджені про це. Їм повинні видати упаковку глюкагону, а партнера варто навчити ним користуватися. Вагітній необхідно завжди мати при собі глюкозу. Під час вагітності потреба в інсуліні зростає, а до пологів доза препарату може подвоїтися. Під час пологів інсулін і глюкозу вводять внутрішньовенно. Протягом декількох годин після пологів потреба в інсуліні повертається до норми, але варто пам'ятати, що безпосередньо

**Алгоритм планування вагітності у хворих на цукровий діабет**



після пологів, коли потреба в інсуліні і справді знизилася, концентрація інсуліну деякий час може бути високою, отже, існує ризик післяпологової гіпоглікемії. Моніторинг рівня глюкози крові і уважне спостереження жінки уможливають уникнення сильної гіпоглікемії.

Жінкам з цукровим діабетом годувати груддю не забороняється. Можливо, їм доведеться з'їдати більше вуглеводів і порівнювати дозу інсуліну і потребу в ньому. Необхідно обо-

в'язково їсти і пити якомога більше рідини перед годуванням. Безсонні ночі і велике фізичне навантаження підвищують ризик розвитку гіпоглікемії, тому на цей період можна трохи послабити зусилля і задовольнитися рівнем глюкози в крові до 9 ммоль/л. І не забувайте поновити контрацепцію!

У період менопаузи рівень глюкози в крові коливається, а згодом потреба в інсуліні може знизитися. Цього не відбувається, якщо жінці призначено замісну гормональну терапію.

Було б несправедливо не згадати про вплив діабету на життя чоловіка. Здатність до запліднення при діабеті не втрачається, і, схоже, немає жодної небезпеки для майбутньої дитини, якщо на момент зачаття у батька спостерігається гіперглікемія. У чоловіка, хворого на діабет, так само як у будь-якого іншого чоловіка, може настати імпотенція.

## Фізичні навантаження і заняття спортом при ЦД

Фізичне навантаження показане хворим на цукровий діабет. Регулярні навантаження поліпшують картину глюкози в крові в разі II типу цукрового діабету і можуть дати такий самий ефект у разі I типу, якщо правильно коригується доза інсуліну. Фізичне навантаження підвищує чутливість до інсуліну, поліпшує толерантність до глюкози, що у поєднанні з дієтою сприяє зменшенню маси тіла. Регулярні навантаження знижують також ризик ішемічної хвороби серця. Вони дають змогу багатьом людям триматися в тонусі. Щоб досягти максимального ефекту, фізичне навантаження має бути регулярним — тривалістю як мінімум 20—30 хв тричі на тиждень. Заняття повинні бути спрямовані на підтримання частоти серцевих скорочень (ЧСС) у межах робочої зони навантаження, що становить 60—85 % максимальної ЧСС.

Фізичне навантаження не повинне асоціюватися з підняттям важких предметів. Плавання, ігрові види спорту (волейбол, футбол), аеробіка, ходьба, танці швидко встановлять частоту пульсу в робочій зоні. Навантаження, що не досягає робочої зони (робота в саду, купання) однаково корисне для поліпшення самопочуття і збереження всіх видів рухової активності.

Необхідно пам'ятати, що при недостатній компенсації цукрового діабету фізичне навантаження призводить до підвищення рівня глюкози. Відтак при рівні цукру глюкози вище ніж 15 ммоль/л варто утриматися від занять спортом.

Також потрібно пам'ятати, що фізична активність може спричинити гіпоглікемію. Зазвичай щоб не допустити гіпоглікемії, достатньо перед навантаженням з'їсти додатково 1 ХО на кожні 0,5 год навантаження. На випадок незапланованого фізичного навантаження у хворого завжди повинні бути з собою кілька шматочків цукру.

Таких видів спорту, як єдиноборства, бокс, карате, важка атлетика, підводне плавання, екстремальні види спорту, варто уникати, оскільки вони здатні завдати значної шкоди стану здоров'я людини з цукровим діабетом, а іноді просто небезпечні для її життя.

Займаючись спортом, особливу увагу необхідно приділяти спортивному взуттю. Догляд за ногами варто здійснювати, керуючись розглянутими раніше рекомендаціями.

Усі хворі на ЦД знаходяться на диспансерному обліку. Більшу частину таких хворих спостерігають сімейні лікарі, хворих з середньотяжким і тяжким перебігом повинні контролювати ендокринолог і вузькі фахівці залежно від ускладнень (невропатолог, офтальмолог, судинний хірург та ін.).

Хворі з переддіабетом і легким перебігом належать до II групи здоров'я, середньотяжким перебігом — до III групи, тяжким — до IV і V (субкомпенсований і декомпенсований діабет).

Контроль рівня глікемії у хворих доцільно проводити 1 раз на місяць, у разі тяжкого перебігу — 2 рази на місяць.

Хворих з середньотяжким і тяжким перебігом рекомендується 1—2 рази на рік госпіталізувати в ендокринологічне відділення.

План обстеження диспансерного хворого включає дослідження глюкози, ліпідів і холестерину в крові, глюкози й ацетону в сечі, електрокардіографію, консультації ендокринолога, офтальмолога, невропатолога, судинного хірурга, гінеколога.

Таблиця 59. Шифр МКХ-10 Д073.0. Назва нозологічної форми: Знижена толерантність до глюкози

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні заходи		Реабілітаційні заходи		Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Дистансний облік	
Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість							Види і обсяги	Тривалість
Аналіз крові і сечі на глюкозу	1—2 рази на рік	Дієтичне лікування. Лікування чинників ризику	Постійно	Нормалізація маси тіла. Здоровий спосіб життя	Постійно	Лікування чинників ризику. Режим праці та відпочинку. Самоконтроль	I, II	Нормалізація глюкози в крові		Усе життя	
ТТГ	1 раз на рік										
Глікозильований гемоглобін	—										
Тригліцериди	—										
ЕКГ	—										
Капіляроскопія	—										
Реовазографія	—										
Окуліст	—										
Невропатолог	—										
Ендокринолог	2 рази на рік										

Таблиця 60. E11. Цукровий діабет II типу (інсулінонезалежний)

Глюкоза крові, сечі	Не менше ніж 6 разів на рік	Дієта глюкозо-знижувальні таблетки ЛФК Нормалізація маси тіла	Постійно	Санаторне лікування	—	Самоконтроль перебігу діабету Нормалізація маси тіла	I, II	Компенсація цукрового діабету I	Часті декомпенсації захворювання	Усе життя	—
Глікозильований гемоглобін	12 разів										
Глюкозуричний профіль	2 рази на рік										
Клінічний аналіз крові, сечі	1 раз на рік										
Капіляроскопія	—										
РВГ, ЕКГ	—										
Мікроальбумінурія	—										
Окуліст	—										
Невропатолог	—										
Стоматолог	—										
Ендокринолог	4—6 разів на рік										



## Тести

1. Нормальні показники глюкози в крові за методом Со-моджі—Нельсона становлять:

- а) 1,1—2,2 ммоль/л;
- б) 2,2—4,4 ммоль/л;
- в) 3,3—5,5 ммоль/л;
- г) 4,4—6,6 ммоль/л;
- г) 5,5—7,7 ммоль/л.

2. До ознак синдрому гіперглікемії належать:

- а) спрага, сухість у роті, поліурія;
- б) пітливість, гіперемія шкіри;
- в) блідість шкіри, пітливість;
- г) біль у животі, тремор кінцівок;
- г) біль у нижніх кінцівках.

3. Оцініть результати тесту толерантності до глюкози, якщо глюкоза крові натще становить 6,5 ммоль/л, а через 2 год — 9,2 ммоль/л:

- а) норма;
- б) порушення толерантності до глюкози;
- в) явний цукровий діабет;
- г) усі відповіді неправильні.

4. Головна причина цукрового діабету I типу:

- а) генетична схильність;
- б) ожиріння;
- в) вживання кортикостероїдів;
- г) неповноцінне харчування;
- г) дефіцит вітаміну D у дитинстві.

5. Допологову госпіталізацію вагітної з цукровим діабетом проводять у термін:

- а) 28 тиж;
- б) 30 тиж;
- в) 32 тиж;
- г) 36 тиж;
- г) 38 тиж.

6. Які продукти порекомендуєте вилучити з раціону хворого на цукровий діабет:

- а) гречана каша;
- б) овочі, фрукти;
- в) цукерки, торти;
- г) олія;
- г) варене куряче м'ясо?

7. Скільки ХО повинен з'їдати за 1 раз хворий на цукровий діабет:

- а) 1—2;
- б) 2—4;
- в) 4—6;
- г) 6—8;
- г) 8—10?

8. До гострих ускладнень цукрового діабету належать:

- а) ретинопатія;
- б) нефропатія;
- в) нейропатія;
- г) діабетична стопа;
- г) коми?

9. Після ін'єкції інсуліну у хворого з'явилася слабкість, тремор кінцівок, судоми, непритомність. Який найімовірніший діагноз:

- а) гіперглікемічна кома;
- б) гіпоглікемічна кома;
- в) інсульт;
- г) нефропатія;
- г) ретинопатія?

10. Виберіть медикаменти для надання невідкладної допомоги при гіперглікемічній комі:

- а) інсулін, ізотонічний розчин натрію хлориду, 4 % розчин соди;
- б) 40 % розчин глюкози, глюкагон;
- в) 5 % розчин глюкози, інсулін;
- г) глюкагон, інсулін;

г) 40 % розчин глюкози, 5 % розчин глюкози.

**Еталони відповідей на тести**

1 — в; 2 — а; 3 — б; 4 — а; 5 — в; 6 — в; 7 — г; 8 — г; 9 — б;  
10 — а.

**Ситуаційні задачі**

1. Хворий на цукровий діабет звернувся до сімейної медсестри за порадою: що робити, коли після ін'єкції актрапиду в нього з'явилася слабкість, заливний піт? Що може спричинити такий стан? Які дії сімейної медсестри?

2. Хворому призначено 36 ОД актрапиду. Скільки мілілітрів актрапиду необхідно набрати в шприц?

3. Пацієнт, 15 років, хворий на цукровий діабет легкого ступеня тяжкості, хоче займатися плаванням. Запитає в сімейної медсестри: чи рекомендовано йому цей вид спорту?

4. На прийомі мати дитини, хворої на ЦД I типу легкого перебігу. Чи може дитина відпочивати на морі? Яких правил їй необхідно дотримуватись?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі**

1. Розвивається стан гіпоглікемії. Причин може бути декілька: хворий не їв протягом 10—30 хв після ін'єкції інсуліну; передозування інсуліну, необхідно проконтролювати глюкозу крові; уживання великої кількості спиртних напоїв (сухі вина, коньяк, горілка), рекомендувати виключити алкоголь. Інформувати сімейного лікаря, за наявності симптомів під час консультації — напоїти солодким чаєм з варенням, медом.

2. 1 мл містить 40 ОД актрапиду.

X мл — 36 ОД.

$X = 36 \times 1 : 40 = 0,9$  мл.

3. Так, але перед заняттям хворий повинен з'їсти 1—2 ХО, що буде профілактикою гіпоглікемічної коми.

4. Так, може. Нагадати, що дитина не повинна перебувати під прямими сонячними променями, на пляжі не ходити босоніж, користуватися взуттям з м'якої шкіри, бавовняними шкарпетками. Із взуття купити сандалії, не рекомендуються "в'єтнамки".

## СУГЛОБОВИЙ СИНДРОМ

Згідно з даними Великобританії, за поширеністю серед населення захворювання опорно-рухового апарату, м'язової системи і сполучної тканини посідають четверте місце (152,1 на 1 тис. населення). За даними первинної медико-санітарної допомоги в Нідерландах, захворювання опорно-рухового апарату посідають друге місце після захворювань дихальної системи, частота звертання становить 324,4 на 1 тис. населення.

**Найчастіші причини** появи суглобового синдрому:

- ревматоїдний артрит;
- ревматизм;
- деформівний остеоартроз;
- захворювання крові (гемофілія, геморагійні васкуліти);
- інфекційні захворювання (гепатит, бруцельоз, скарлатина, дизентерія, гонорея тощо);
- синдром хронічної втоми.

Суглобовий синдром може виявлятися такими *симптомами*:

- біль;
- скутість;
- припухлість і деформація суглоба;
- почервоніння шкіри;
- підвищення температури шкіри над суглобом;
- атрофія м'язів;
- болючість під час пальпації суглоба;
- порушення активних і пасивних рухів;
- крепітація.

Біль є найважливішим симптомом для хворого. У його виникненні відіграє роль перевантаження суглобів, розтягнення м'язово-зв'язкового апарату, запалення навколосуглобових

тканин. Під час обстеження пацієнта потрібно якомога точніше визначити локалізацію болю, адже терміни хворого ("болить плече, стегно") можуть не відповідати дійсності. Варто попросити хворого показати місце максимальної болючості та її поширеності.

Скутість пов'язана з розтягненням рідиною запаленої тканини. Найбільше вона відчувається після пробудження і відпочинку, потім з відновленням функції суглоба поступово минає. Таким чином, тривалість і вираженість скутості вранці і після відпочинку засвідчує ступінь місцевого запалення.

Припухлість суглоба часто поєднується з почервонінням шкіри, що вказує на ознаки запалення.

Деформація суглоба може бути пов'язана з вивихами або підвивихами, ушкодженням м'язів і зв'язок, деструкцією кісток.

Атрофія м'язів відбувається дуже швидко (декілька днів у разі інфекційного артрити) або поступово (ревматоїдний артрит). Ураження м'язів пов'язано або з обмеженням рухливості суглоба, або з переходом запалення із суглоба на м'яз.

Обмеження рухів у суглобах може зумовлюватися появою фіброзних або кісткових внутрішньосуглобових зрощень, ураженням сухожилково-зв'язкового апарату, суглобових капсул тощо. Перевіряють обсяг активних рухів, що їх хворий виконує сам, і пасивних (медсестра виконує рухи суглобів пацієнта).

Крепітація (пальпаторно відчувається хрускіт) найчастіше свідчить про ураження хряща або власне кістки.

Оцінюючи зміни в суглобі, ми застосовуємо такі терміни:

- артралгія — біль у суглобі без об'єктивних ознак зміни суглоба;
- артрит — біль поєднується з іншими ознаками запалення (набряклість, гіперемія, підвищення температури тіла над суглобом);
- моноартрит — артрит 1—3 суглобів;
- поліартрит — ураження понад 3 суглобів;
- артроз — дегенеративне ураження хряща.

## Ревматоїдний поліартрит (РА)

РА уражує до 1,5 % населення, жінок — у 2—3 рази частіше.

*Етіологія.* Нині обговорюється мультифакторна етіологія РА, згідно з якою захворювання може розвинутися під впливом спадковості (у родинах, хворих на РА, повторюються випадки РА і подібних захворювань). З чинників довкілля ймовірна роль інфекції (стрептококи, мікоплазми, ретровіруси), важка фізична праця, несприятливі умови життя, розпад родини (див. алгоритм сестринського обстеження пацієнтів з ревматоїдним артритом, табл. 62).

Таблиця 62. Клініко-лабораторна характеристика ступеня активності ревматоїдного артриту

Показник	Ступінь активності процесу		
	високий	помірний	низький
Біль у суглобах	Різкий, постійний	У стані спокою помірний, посилюється під час руху	Слабко виражений
Ранкова скутість	Зберігається протягом дня	Зберігається протягом 5—6 год	Короткочасна, 1—2 год
Функція суглобів	III ступінь — хворий не здатний себе обслуговувати	II ступінь — професійну придатність втрачено, але здатність самослужування не втрачено	I ступінь — професійна придатність обмежена, хворий обслуговує себе самостійно
Температура тіла	Висока, іноді гектична	Субфебрильна	Норма
ШОЕ	50—70 мм/год	20—40 мм/год	До 20 мм/год
Рівень лейкоцитів	$> 12 \cdot 10^9/\text{л}$	До $12 \cdot 10^9/\text{л}$	Норма
С-реактивний білок	+++ або ++++	++ або +++	- або +

### Алгоритм сестринського обстеження пацієнтів з ревматоїдним артритом

#### Опитування

1. Вік — 20—50 років.
2. Стать — переважно жіноча.
3. Умови праці і професія — холодні сирі приміщення; задіяні переважно кисті рук.
4. Часті простудні захворювання (ГРВІ, ангіни).
5. Спадковість

#### Скарги

1. Симптом ранкової скрутості: тривалість.
2. Віль у суглобах:
  - характер;
  - тривалість;
  - інтенсивність;
  - його усунення.
3. Функція суглоба;
  - не порушена;
  - порушена: ступінь порушення

#### Об'єктивні дані

1. Припухлість суглоба.
2. Колір шкіри над суглобом.
3. Температура шкіри над суглобом.
4. Деформація суглоба. Форма суглоба.
5. Обсяг активних і пасивних рухів у суглобі.
6. Наявність патологічних звуків під час руху в суглобах

#### Лабораторні та інструментальні дані

1. Збільшення ШОЕ, лейкоцитоз.
2. Поява С-реактивного білка.
3. Диспротеїнемія, збільшення фібрину й фібриногену.
4. Збільшення титру антистрептолізину-О (не завжди).

#### Рентгенологічні дані:

- розміри міжсуглобової щілини;
  - ступінь вираженості остеопорозу;
  - поява дефектів суглобової поверхні — ерозії;
  - розростання кісткової тканини на краях суглобової поверхні;
5. Результати біопсії суглобової капсули і лабораторний аналіз синовіальної рідини

**Рентгенологічні стадії ревматоїдного артриту**

I. Навколосуглобовий остеопороз.

II. Остеопороз + звуження суглобової щілини (можуть бути поодинокі ерозії).

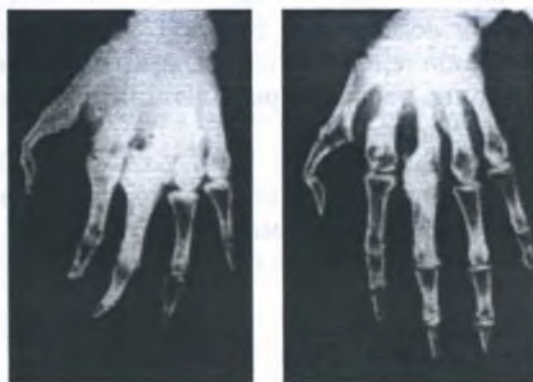
III. Остеопороз, множинні узури, значне звуження суглобової щілини.

IV. Те саме + кісткові анкілози.

**Суглоби, що найчастіше вражаються при РА (%):**

- п'ястково-фалангові — 90—95;
- променево-зап'ясткові — 80—90;
- проксимальні міжфалангові — 65—90;
- колінні — 60—80;
- плесно-фалангові — 50—90;
- плечові — 50—60;
- надп'ястково-мілкові (таранно-п'ясткові) — 50—80;
- суглоби шийного відділу хребта — 40—50;
- кульшові — 40—50;
- ліктьові — 40—50;
- скронево-щелепні — 20—30.

Оцінювання рентгенологічного обстеження суглобів (мал. 38, 39).



**Мал. 38.** У хворого на ревматоїдний артрит ураження епіфізів і метафізів за типом плямистого остеопорозу з руйнуванням п'ястково-фалангових суглобів III пальця і формування анкілозу. Підвивих у проксимальному міжфаланговому суглобі I пальця



*Мал. 39.* У хворого на ревматоїдний артрит визначається остеопороз епіфізів міжфалангових суглобів кисті, звуження міжфалангових щілин, підвивих міжфалангових суглобів V пальця лівої кисті

## Роль сімейної медсестри у профілактиці РА

Первинну профілактику не розроблено.

Вторинна профілактика спрямована на профілактику загострень і уповільнення прогресування РА, для чого призначають систематичну комплексну терапію. При загостренні пацієнт отримує стаціонарне лікування, що підтримується терапією в амбулаторних умовах, і реабілітацію в умовах санаторно-курортного лікування.

Сімейна медсестра повинна дати рекомендації хворому, який виписався зі стаціонару, і контролювати їхнє виконання, навчити пацієнта накладати компрес на суглоб.

Після виписування зі стаціонару пацієнт повинен виконувати такі рекомендації:

1) диспансерно спостерігатися у лікаря-ревматолога або сімейного лікаря, відвідуючи його 3—4 рази на рік;

2) диференційовано вирішити питання про продовження професійної діяльності, за потреби — переводитися на легшу роботу або пройти медико-соціальну експертну комісію для вирішення питання про рівень втрати працездатності (група інвалідності);

3) продовжувати вживати нестероїдні протизапальні препарати (месулід, немісулід, вольтарен, диклофенак) у дозах, рекомендованих лікарем, збільшуючи їх в осінньо-весняний час лише за узгодженням з лікарем;

4) продовжувати вживання базисних препаратів (делагілу, плаквенілу, Д-пеніциламіну) у дозах, рекомендованих лікарем;

5) щодня протягом 15—30 хв робити ранкову гімнастику і лікувальну фізкультуру за спеціальним комплексом, установленим методистом ЛФК. Комплекс визначають диференційовано, залежно від захворювання;

6) двічі на рік за призначенням лікаря-ревматолога проводити курси масажу;

7) двічі на рік за призначенням лікаря (за показаннями) отримувати фізіотерапевтичні процедури;

8) за наявності вогнищ хронічної інфекції проводити їхнє лікування, відвідуючи фахівців ЛОР, стоматолога, гінеколога та ін.

За показаннями щорічно слід проводити санаторно-курортне лікування.

#### **Алгоритм застосування зігрівального компресу**

*Мета:* лікувальна.

*Показання:* за призначенням лікаря.

*Протипоказання:* гнійні захворювання шкіри; гіпертермія; рани.

*Оснащення:* серветка (марлева — 6—8 шарів); вощений папір (поліетилен протипоказаний!); вата; бинт; ниркоподібний лоток; 40—45 % розчин етилового спирту або горілка, вода 20—25 °С.

*Підготовка пацієнта:*

1. Психологічна.

2. Пояснити зміст маніпуляції і правила поведінки пацієнта, дістати згоду на її проведення.

*Послідовність дій:*

1. Приготувати перший шар компресу (серветку) так, щоб його розміри були на 3 см більше від болючої поверхні.

2. Серветку змочити в розчині і добре відтиснути.

3. Покласти її на зовнішню ділянку тіла (суглоб).

Таблиця 63. Шифр МКХ-10 M05,-M06. Назва нозологічної форми: Ревматоїдний артрит

Діагностичні дослідження і консультації		Лікувальні засоби		Реабілітаційні заходи	Профілактичні заходи	Рівні надання медичної допомоги (I, II, III)	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Диспансерний облік
1		2		3	4	5	6	7	8
Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Тривалість	Види і обсяги	Унікати	I, II, III	1. Ранкова скутість не перевищує 15 хв. 2. Немає болю в суглобах під час пальпації або рухів. 3. Відсутність припухлості м'яких тканин навколо суглоба або сухожильків.	Погіршення стану: загострення проявів активності запального процесу в суглобах	Тривалість
1. Загальний аналіз крові. 2. Загальний аналіз сечі. 3. Біохімічне дослідження крові (С-реактивний білок, білірубін, креатинін, сечовина, глюкоза), коагулограма. 4. Імунологічні дослідження: ревматоїдний чинник, імуноглобуліни, ЦОК, АНФ, HLA-B27.	4 рази 4 рази  2 рази  1 раз	1. Дієта: стіл № 15. 2. НПЗП: а) селективні інгібітори ЦОГ-2; б) неселективні інгібітори ЦОГ. 3. Базисні препарати: а) селективні імуносупресанти; б) препарати золота;	Тривалий час	Санаторно-курортне лікування: Бердянськ, "Жовтень" (Київська обл.)	Унікати: переохолодження, інсоляції, фізичних перевантажень, санація вогнищ інфекції				Усе життя, 1 раз на 6 міс

Продовження табл. 63

1		2		3	4	5	6	7	8
5. ЕКГ. 6. Ехо-КГ. 7. Рентгенографія органів грудної порожнини, суглобів. 8. УЗД органів черевної порожнини, суглобів. 9. Консультація невропатолога, окуліста	1 раз 1 раз 1 раз 1 раз 1 раз	в) цитостатичні препарати; г) амінохінолінові препарати; г) сульфамілідні препарати; д) циклоспорин А; е) препарати системної ензимотерапії. 4. Глюкокортикостероїди. 5. Локальна терапія					4. ШОЕ менше ніж 30 мм/год у жінок і 20 мм/год — у чоловіків		

4. Другим шаром накласти компресний папір на 1—2 см більше від серветки.

5. Поверх паперу покласти шар вати, що повинен бути на 1—2 см більше від паперу.

6. Бинтом закріпити компрес так, щоб він щільно прилягав до тіла, але не сковував рухи пацієнта.

7. Через 1 год перевірити правильність накладання компресу: підвести палець під перший шар компресу — якщо він вологий і теплий, компрес накладено правильно, якщо сухий — компрес необхідно накласти заново.

8. Залишити компрес на 8 год (краще на ніч).

9. Уранці під час зняття компресу серветка повинна бути теплою і вологою.

Після зняття компресу накласти суху пов'язку, використовуючи вату і бинт.

## Ревматичне ураження суглобів

У типових випадках первинна ревматична атака розвивається раптово через 1—2 тиж після перенесеної гострої носоглоткової інфекції. Супроводжується підвищенням температури тіла до 38 °С і міграцією артриту. Розвиток ревматизму за типом гострої ревматичної лихоманки також характерний для школярів середніх класів і новобранців. Серед дітей старших класів ревматизм часто починається поволі з субфебрилітету, болю у колінних суглобах, їхньої припухлості. Рідко ревматизм починається з поліартралгій. Тривалість поліартриту — 1—5 тиж, зникає безслідно.

Для установлення діагнозу “Ревматизм” використовують критерії Джонсона (1944), модифіковані Американською кардіологічною асоціацією (1992) і рекомендовані ВООЗ. До великих критеріїв належать: кардит, поліартрит, хорея, кільцеподібна еритема, підшкірні вузлики. До малих критеріїв належать: лихоманка, артралгії, попередні епізоди ревматичної лихоманки, зміни в результатах додаткових методів дослідження (лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, позитивні ревматичні проби, зміни на ЕКГ та ін.). Наявність двох великих або одного

великого і двох малих критеріїв засвідчує високу ймовірність ревматичної лихоманки.

У дітей ревматизм має тяжчий перебіг і найчастіше призводить до розвитку клапанних вад серця. Первинне захворювання в осіб віком 25 років і більше перебігає сприятливіше і вади зазвичай не формуються. Найчастіше він розвивається не пізніше 3 років від появи перших ознак ураження клапанів (шуми над верхівкою серця, розширення меж серця). Якщо вада не сформувалася за цей термін, імовірність формування нової вади незначна, попри активність процесу (табл. 64, 65, 66).

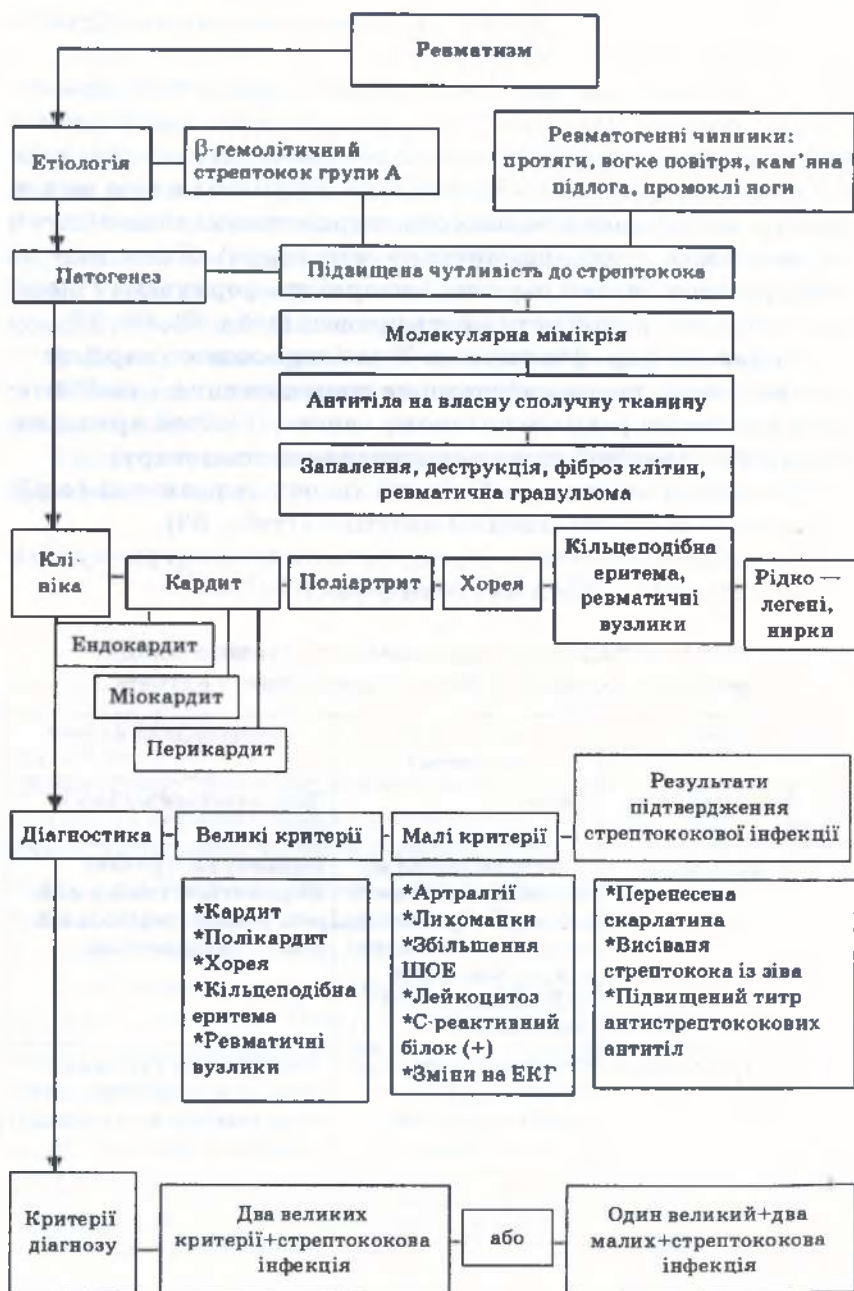
**Лікування і профілактика.** У разі вираженого кардиту — госпіталізація, потім амбулаторне доліковування і реабілітація в місцевому ревматологічному санаторії (дітей краще направляти в санаторій після виписування зі стаціонару).

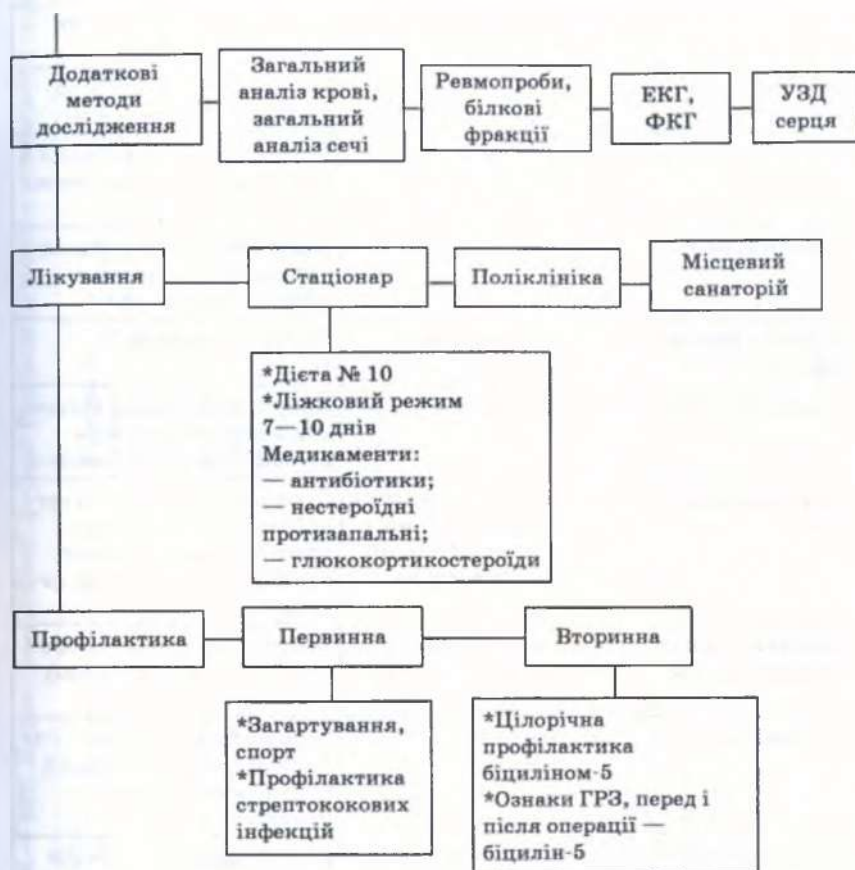
Поліклінічний етап реабілітації хворих на ревматизм здійснюється на дільниці сімейної медицини (табл. 63).

Усі хворі на ревматизм перебувають на диспансерному обліку, за потреби їх консультує ревматолог.

**Таблиця 64. Диференціально-діагностичні ознаки ревматичного поліартриту і ревматоїдного артриту**

Ознаки	Ревматичний поліартрит	Ревматоїдний артрит
Скутість у суглобах уранці	Немає	Відзначається майже в усіх
Біль у суглобах	У гострий період виражений, посилюється при доторканні до коври, переміщенні ліжка, має „детючий” характер, короткочасний	Виражений, тривало зберігається, слабне в період ремісії і у фінальній стадії захворювання
Характер ураження суглобів	Симетричне ураження колінних, над’яtkово-гомількових, плечових, ліктьових, іноді — хребців (сакролеїт не спостерігається)	Починається з ураження дрібних суглобів кистей і стоп, пізніше втягуються у процес більші суглоби





Ознаки	Ревматичний поліартрит	Ревматоїдний артрит
Порушення функції суглобів	Лише в гострій фазі	Не залежить від фази захворювання, прогресує
Перебіг суглобового синдрому	Порівняно нечасті рецидиви	Виразене прогресування з ремісіями і частими загостреннями
Температура тіла	Висока в гострий період	Підвищена різною мірою незалежно від форми і фази захворювання
Зв'язок з вогнищем інфекції	Часто виражений	Нерідко виражений
Підшкірні вузлики	Не виявлено	Виявлено в ділянці кісткових виступів, на розгинальній поверхні кінцівок
Рентгенограма суглобів	Імовірне розширення суглобової щілини в ексудативній стадії; без змін у кістках	Остеопороз, звуження суглобової щілини, узури хряща і кісток, підвивихи, анкілози, ліктьова девіація
Ураження інших органів і систем	Найчастіше серця (ендокарда і міокарда)	Найчастіше серозних оболонок, нирок (амілоїдоз)
Лейкоцитоз	Виражений	Виражений у гострій і підгострій формі, імовірний під час загострення хронічної форми
Диспротеїнемія	Виражена в гострій період	Гіпергаммаглобулінемія незалежно від періоду і форми захворювання
Ревматоїдний чинник	Здебільшого відсутній	Виявляється у 70—80 % випадків
С-активний протеїн	Підвищений в активну фазу	Підвищений
Титри стрептококових антитіл	Значно підвищені в активну фазу	Можливе підвищення у деяких хворих

Таблиця 65. Шифр МКХ-10.100 — 102. Назва нозологічної форми: Ревматизм (гостра ревматична гарячка)

Клініко-діагностичні	Обсяг заходів			Лікувальні	Тривалість	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Профілактичні заходи	Диспансерний нагляд
	Рівень надання допомоги (I, II, III)	Частота обстеження							
1. Загальне клінічне обстеження хворого	II	III	4 рази	1. Режим загальний.	21 день	Зменшення клінічних проявів та клініко-лабораторних показників запального процесу	Загострення процесу, не ефективність базової терапії	1. Пеніцилін — 1,5 млн на добу та більше впродовж 10—12 днів. 2. Макролідів в разі непереносимості пеніциліну. 3. Екстенцилін — 2,4 млн ОД 1 раз на 3 тижні	Спостереження довічне за наявності вади серця. Упродовж 5 років — за відсутності вади серця
2. Клінічне обстеження суглобів:	II	III	2 рази	2. Дієта №10.					
— оцінювання вираженості болю в суглобах;	II	III	2 рази	3. Антибіотики: — НПЗС; — ГКС; — амінохінолінові.					
— загальний аналіз крові;	II	III	2—3 рази	4. ЛФК.					
— С-реактивний білок;	II	III	2—3 рази	5. Санаторно-курортне лікування					
— серомукоїд;	II	III	2—3 рази						
— антистрептококові антитіла;	II	III	2 рази						
— ревматоїдний чинник;	II	III	2 рази						
— електрокардіографія;	II	III	2 рази						
— ехокардіографія;		III	1 раз						
— рентгенографія;	II	III	1 раз						
— огляд ЛОР;	II	III	1 раз						
— консультація кардіохірурга	II	III	1 раз						

Таблиця 66. Шифр МКХ-10.105.0—109.0. Назва нозологічної форми: Хронічні ревматичні хвороби серця

Клініко-діагностичні	Обсяг заходів			Лікувальні	Тривалість	Критерії бажаного результату лікування	Показання до госпіталізації	Профілактичні заходи	Диспансерний нагляд
	Рівень надання допомоги (I, II, III)	Частота обстеження							
1. Загальне клінічне обстеження хворого	II	III	4 рази	1. Режим загальний. 2. Дієта №10. 3. Антибіотики: — НПЗС; — ГКС; — амінохінолінові. 4. ЛФК. 5. Санаторно-курортне лікування	21 день при загостренні	Зменшення клінічних проявів та клініко-лабораторних показників запального процесу	Загострення процесу, неефективність базової терапії	1. Пеніцилін — 1,5 млн на добу та більше впродовж 10—12 днів. 2. Макроліди в разі непереносимості пеніциліну. 3. Екстензіон — 2,4 млн ОД 1 раз на 3 тиж	Довічне спостереження
2. Клінічне обстеження суглобів:	II	III	2 рази						
— оцінювання вираженості болю в суглобах;	II	III	2 рази						
— загальний аналіз крові;	II	III	2—3 рази						
— С-реактивний білок;	II	III	2—3 рази						
— серомукоїд;	II	III	2—3 рази						
— антитрептококові аглітінли;	II	III	2 рази						
— ревматоїдний чинник;	II	III	2 рази						
— електрокардіографія;	II	III	1 раз						
— ехокардіографія;	II	III	1 раз						
— рентгенографія;	II	III	1 раз						
— огляд ЛОР;	II	III	1 раз						
— консультація кардіохірурга		III	1 раз						

Сімейна медсестра контролює своєчасність обстеження диспансерних хворих, отримання ними лікування.

Участь сімейної медсестри в первинній профілактиці спрямована на підвищення захисних сил організму, своєчасне виявлення і лікування хворих з ангінами, фарингітами, ринітами, скарлатиною. Рекомендується пацієнтам з обтяженою за ревматизмом спадковістю оздоровлення в літній період, фізкультура, спорт, проведення санітарно-просвітньої роботи, стежити за санацією хронічних вогнищ інфекції (лікування в отоларинголога, стоматолога, гінеколога).

При виникненні гострого стрептококового тонзиліту і фарингіту в молодих людей з чинником ризику (обтяжлива спадковість, соціальне неблагополуччя) необхідний 5-денний курс бензилпеніциліну по 1,2 млн ОД на добу з подальшою ін'єкцією біциліну-5.

Вторинну профілактику спрямовано на запобігання загостренням ревматизму. Її проводять бензатинпеніциліном G — по 1,2 млн ОД або біциліном-5 — 1,5 млн ОД 1 раз на місяць. При алергії на пеніцилін можна використати еритроміцин (250 мг 2 рази на день через рот), сульфадіамін (сульфоксазол) до 1 г на день. При повторній лихоманці замість пеніциліну можна використати амоксицилін у добових дозах 1—1,5 г (для осіб віком понад 12 років), тривалість курсу — 10 діб.

Кращий порівняно з біциліном-5 ефект дає бензатинбензилпеніцилін (екстенцилін) — 2,4 млн ОД внутрішньом'язово 1 раз на 3 тиж.

Нині обговорюється питання про створення вакцини для профілактики первинної гострої ревматичної лихоманки в осіб, схильних до захворювання.

Ефективність первинної профілактики оцінюється за зменшенням захворюваності на ревматизм на дільниці, ефективність вторинної профілактики — за зниженням показників тимчасової непрацездатності, кількістю рецидивів, відсутністю формування нових вад тощо.

## Ревматизм і вагітність

### *Показання до переривання вагітності:*

- ревмокардит;
- комбінована мітральна вада з переважанням стенозу;
- поєднання мітрального стенозу з аортальною недостатністю;
- миготлива аритмія;
- легенева гіпертензія;
- поєднання вади з гіпертонією, нефритом, тиротоксикозом.

Якщо жінка вирішила зберегти вагітність, то за відсутності ревматичних скарг обстеження на ревматизм проводять у перші три і останні два місяці вагітності і після пологів. Спостерігають таку вагітну спільно сімейний лікар, ревматолог, гінеколог, за потреби залучають інших фахівців.

Упродовж вагітності не менше ніж тричі вагітну госпіталізують у терміни: 8—10 тиж, 28—29 тиж, 37—38 тиж.

Спостереження сімейної медсестри протягом усієї вагітності здійснюється не рідше ніж 1 раз на 2 тиж, за потреби — частіше.

### Деформівний остеоартроз (ДОА)



Мал. 40. Здоровий кульшовий суглоб



Мал. 41. Кульшовий суглоб при деформівному артрозі

Головка стегнової кістки змінена, хрящ частково зруйнований, і на краях головки утворилися кістково-хрящові розростання — остеофіти.

Це захворювання, коли відзначається дегенерація і зникнення суглобового хряща, зумовлено зникненням з речовини хряща протеогліканів. Причину цих порушень не з'ясовано. Припускають дію мікротравм (професійні артрози), порушення кровообігу, генетичного чинника.

Уражаються найчастіше кульшові і колінні суглоби, а також дистальні міжфалангові суглоби кистей. Діагностика ґрунтується на стійкій деформації суглобів без виражених запальних змін, змін на рентгенограмі (звуження суглобової щілини, остеофіти, деформація суглобових поверхонь) за нормальної температури тіла і відсутності змін у крові.

*Лікування і профілактика.* Зменшення навантаження на хворий суглоб (зменшення маси тіла, ходьба з ціпком), 2 рази на рік протирецидивне лікування, використання фізіотерапевтичних засобів (ультразвук, парафін), ЛФК, санаторно-курортне лікування (сірководневі і радонові ванни, грязелікування). При за давних процесів — хірургічне лікування (ендопротез суглоба).

Хворі з ДОО перебувають на диспансерному обліку. Сімейна медсестра контролює своєчасність обстеження і виконання призначеного лікарем протирецидивного лікування (табл. 67).

## Тести

1. Біль у суглобі без об'єктивних ознак змін у суглобі називається:

- а) артралгія;
- б) артрит;
- в) поліартрит;
- г) артроз;
- г) моноартрит.

2. За наявності симптомів ураження суглобів рекомендоване обстеження:

- а) загальний аналіз крові;



- б) білки і білкові фракції крові;
- в) холестерин крові;
- г) пункція суглоба;
- г) рентгенографія суглоба.

3. Ревмокардит — це ураження:

- а) ендокарда;
- б) міокарда;
- в) перикарда;
- г) ендо- і міокарда;
- г) усіх оболонок серця.

4. До великих (основних) критеріїв ревматизму належить:

- а) поліартрит;
- б) поліартралгія;
- в) лихоманка;
- г) лейкоцитоз;
- г) збільшення ШОЕ.

5. Для профілактики ревматизму призначають:

- а) біцилін-3 — 600 000 внутрішньом'язово раз на місяць;
- б) біцилін-5 — 1,5 млн внутрішньом'язово раз на місяць;
- в) еритроміцин — 200 000 внутрішньом'язово раз на тиж-  
день;
- г) стрептоміцин через рот;
- г) пеніцилін — 500 000 раз на день.

6. До нестероїдних протизапальних препаратів належать:

- а) пеніцилін;
- б) біцилін;
- в) еритроміцин;
- г) диклофенак;
- г) преднізолон.

7. При ревматизмі призначають стіл:

- а) № 1;
- б) № 5;
- в) № 7;

- г) № 9;
- г) № 10.

**8. З яким захворюванням найчастіше диференціюється ревматоїдний артрит в осіб молодого віку:**

- а) гемофілія;
- б) подагра;
- в) ревматизм;
- г) деформівний остеоартроз;
- г) бруцельоз?

**9. Ульнарна девіація кисті характерна для захворювання:**

- а) ревматизм;
- б) ревматоїдний артрит;
- в) деформівний остеоартроз;
- г) гонококовий артрит;
- г) гемофілія.

**10. Для дослідження крові на ревмопроби необхідно взяти:**

- а) кров з пальця;
- б) з вени — 1—2 мл крові;
- в) з вени — 2—4 мл крові;
- г) з вени — 5—10 мл;
- г) з вени — 10—20 мл.

**Еталони відповідей на тести**

- 1 — а; 2 — г; 3 — г; 4 — а; 5 — б; 6 — г; 7 — г; 8 — в; 9 — б;  
10 — г.

### *Ситуаційні задачі*

**1.** На прийом на дільницю сімейної медицини звернулася дитина віком 13 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 °С, серцебиття, біль у серці, біль і припухлість у колінних суглобах. Місяць тому перенесла ангіну. Як назвати ураження суглобів у дитини? Який імовірний діагноз? Яка тактика ведення пацієнта на дільниці сімейної медицини?

2. У хворої, яка перебуває на обліку з приводу ревматизму, з'явилися ознаки гострої респіраторної інфекції. Вона просить у сімейної медсестри поради, як правильно поводитися, щоб запобігти загостренню ревматизму.

3. Жінка, 32 років, перебуває на диспансерному обліку з приводу ревматизму. На сьогодні вагітна на 5—6-му тижні, збирається перервати вагітність. Які рекомендації сімейної медсестри?

4. Пацієнт з болем у суглобах кистей зробив рентгенограму суглобів кистей, де виявлено зміни: звуження суглобових щілин, дефекти суглобових поверхонь, остеопороз кісток. Для якого захворювання характерні такі зміни?

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1. Артрит. Не можна виключити гостру ревматичну лихоманку, адже є два основних критерії ревматизму (ревмокардит і артрит) і додаткові (лихоманка і ревматичний анамнез). Пацієнт потребує госпіталізації.

2. Необхідно дотримуватися постільного режиму, вживати препарати для лікування гострої респіраторної інфекції (краплі в ніс, полоскання горла, жарознижувальні засоби) і зробити ін'єкцію біциліну-5 — 1,5 млн ОД внутрішньом'язово.

3. Перед перериванням вагітності зробити ін'єкцію біциліну-5 — 1,5 млн ОД, щоб запобігти рецидиву ревматизму.

4. Для ревматоїдного артрититу.

---

## Додатки

*Додаток 1*

### КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

#### ПОСТАНОВА

від 4 березня 2004 р. № 264

Київ

**Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду,  
спрямованих на запобігання поширенню  
ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року  
і Національної програми забезпечення  
профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування  
ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД  
на 2004—2008 роки**

Кабінет Міністрів України постановляє:

1. Затвердити такі, що додаються:

Концепцію стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року (далі — Концепція);

Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004—2008 роки (далі — Програма).

2. Міністерству фінансів, Міністерству економіки та з питань європейської інтеграції і Міністерству охорони здоров'я

щороку передбачати під час розроблення проектів Державного бюджету та Державної програми економічного і соціального розвитку України кошти для розв'язання завдань та здійснення заходів, визначених Концепцією та Програмою, з урахуванням фінансових можливостей держави.

3. Міністерству охорони здоров'я та іншим центральним органам виконавчої влади — відповідальним за реалізацію Концепції та виконання Програми, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям затвердити у тримісячний термін комплекс галузевих і регіональних заходів, розроблених з урахуванням Концепції і Програми, і забезпечити їх фінансування.

4. Міністерству охорони здоров'я забезпечити систематичну підготовку інформаційних матеріалів з питань профілактики поширення ВІЛ-інфекції в Україні, а Державному комітетові телебачення і радіомовлення разом з Національною радою з питань телебачення і радіомовлення рекомендувати телекомпаніям усіх форм власності розміщувати їх у засобах масової інформації на засадах соціальної реклами.

5. Центральним органам виконавчої влади — відповідальним за реалізацію Концепції і виконання Програми, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським державним адміністраціям щороку до 1 лютого інформувати Міністерство охорони здоров'я про стан роботи.

Міністерству охорони здоров'я подавати узагальнену інформацію Кабінету Міністрів України щороку до 1 квітня.

ЗАТВЕРДЖЕНО  
постановою Кабінету Міністрів України  
від 4 березня 2004 р. № 264

## Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання по- ширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року

### Вступ

Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу спричиняє скорочення тривалості життя, зростання обсягу медичних послуг, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, сирітства.

Оцінний показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення в Україні є одним з найвищих у європейському регіоні — становить 1 %. Це пов'язано з ризикованою щодо ВІЛ-інфікування поведінкою молоді, значним поширенням ін'єкційного вживання наркотичних засобів, ризикованих статевих зв'язків. Спостерігається тенденція до збільшення випадків інфікування вагітних і потенційних донорів крові. Особливо небезпечним є те, що переважна більшість ВІЛ-інфікованих — це особи працездатного і репродуктивного віку.

Проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні не обмежується, як і в багатьох інших країнах, виключно медичними питаннями. Наслідки поширення цього захворювання погіршують соціально-економічний стан країни. Витрати на лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД за найоптимістичнішими оцінками становитимуть у 2011 році 533 млн грн.

Пов'язана з поширенням СНІДу смертність населення (цей показник може досягти через 8 років 600 тис. осіб) призведе до зменшення середньої тривалості життя в Україні від 2 до 4 років для чоловіків та від 2 до 5 років для жінок. Середній вік становитиме 60—62 роки для чоловіків та 69—72 роки для жінок.

### Мета та основні завдання

Метою цієї Концепції є взяття під контроль та обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні шляхом:

- удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, що залишилися без годувальника, діти-сироти);
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної висококваліфікованої і багатоаспектної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД у визначеному законодавством обсязі;
- подальшого удосконалення інформаційної системи обізнаності населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- ефективного використання потенціалу міжнародних донорських, громадських і благодійних організацій;
- розвитку партнерства у сфері боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- виконання у повному обсязі вимог Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом та Цілей розвитку тисячоліття.

Концепція лягає в основу розроблення програм діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади за участю органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій і об'єднань громадян, розвитку наукових досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Управління та координацію роботи у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснює МОЗ за участю інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій і об'єднань громадян.

Виконання основних завдань, спрямованих на досягнення мети Концепції, можливе шляхом розроблення, затвердження і виконання програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на першому (2004—2008 роки) та, з коригуванням у разі зміни епідемічної ситуації, на другому (2009—2011 роки) етапах.

Визначаються два стратегічних напрями у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу:

- запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- забезпечення лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Зазначені стратегічні напрями повинні реалізовуватися шляхом виконання таких завдань:

- посилення діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади з органами місцевого самоврядування, а також підприємствами, установами та організаціями щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15—24 років;
- зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення;
- виключення можливості передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах;
- зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечення доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- проведення наукових досліджень з питань вивчення особливостей розвитку і можливих наслідків ВІЛ-інфекції/СНІДу, розроблення вітчизняних засобів профілактики, діагностики і лікування;
- забезпечення високого рівня контролю, координації і оцінки ефективності здійснення заходів щодо боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

**Посилення діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади за участю органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій і об'єднань громадян щодо запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу**

Робота з посилення зазначеної діяльності повинна передбачати:

- забезпечення захисту прав людини щодо ВІЛ-інфікованих осіб;

- розвиток партнерства між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями і об'єднаннями громадян, які співпрацюють у сфері виконання програм забезпечення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- здійснення фінансування заходів з реалізації Концепції за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, а також інших джерел;
- установа контролю за дотриманням законодавства, його подальше удосконалення в частині посилення протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу і профілактичної роботи серед уразливих груп населення;
- забезпечення рівного доступу до профілактичних програм, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- удосконалення системи соціального та правового захисту уразливих груп населення, ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування (члени сімей, які залишилися без годувальника, діти-сироти);
- удосконалення системи соціального і правового захисту працівників, які надають допомогу ВІЛ-інфікованим;
- створення умов для виховання і навчання ВІЛ-інфікованих дітей (у тому числі дітей-сиріт) у дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних і вищих навчальних закладах.

**Здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої щодо ВІЛ-інфікування поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15—24 років**

Для формування стійких навиків здорового способу життя і безпечної поведінки, які є ключовим елементом запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед різних груп населення, слід забезпечити:

- проведення первинної профілактики серед дітей та молоді, забезпечення доступу до засобів індивідуальної профілактики ВІЛ-інфекції;

- розроблення стратегії пропаганди здорового способу життя серед дітей і молоді, забезпечення її реалізації в дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних і вищих навчальних закладах;
- збільшення в навчальних програмах обсягу інформації з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- впровадження у засобах масової інформації сучасних інформаційно-просвітницьких програм і соціальної реклами з урахуванням особливостей аудиторії;
- відображення у державних стандартах освіти заходів, пов'язаних із формуванням навичок здорового способу життя і орієнтованих на різні групи населення, що стосуються профілактики ВІЛ-інфікування: сексуальної поведінки, репродуктивного здоров'я, вживання наркотичних засобів, культури послуг у сфері охорони здоров'я тощо;
- подальше удосконалення інформаційної системи обізнаності населення з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- збільшення обсягу інформаційно-просвітницької роботи, що проводиться на робочих місцях для запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення;
- розвиток мережі спеціалізованих закладів з надання соціально-психологічної допомоги молоді;
- поширення культурно-мистецьких і спортивних акцій, спрямованих на пропаганду здорового способу життя серед молоді і профілактику хвороб, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ-інфекції/СНІДу.

#### **Зниження рівня поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп населення**

Очікуваний вплив на епідемічний процес може бути досягнутий за умови охоплення 60 % споживачів ін'єкційних наркотиків профілактичними заходами в рамках стратегії зменшення шкоди. Розв'язання цього завдання потребує:

- розроблення та виконання профілактичних програм, спрямованих на зменшення ризику ВІЛ-інфікування серед уразливих груп населення;
- визначення механізмів зменшення шкоди;

- впровадження програми замісної терапії та її поєднання з програмами профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- розвитку мережі реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків з метою позбавлення залежності від наркотичних засобів і їх соціальної адаптації;
- розширення при державних та громадських організаціях мережі спеціалізованих служб для уразливих груп населення з метою забезпечення їх доступу до соціально-медичних, інформаційних, психологічних і юридичних послуг;
- забезпечення доступу уразливих груп населення до засобів індивідуальної профілактики ВІЛ-інфекції;
- збільшення обсягу інформаційно-просвітницьких програм і заходів, спрямованих на підвищення рівня пропаганди серед уразливих груп населення здорового способу життя;
- запровадження підходу "рівний — рівному" у проведенні профілактичних заходів серед уразливих груп населення;
- сприяння утворенню груп само- та взаємодопомоги, неурядових організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, розвитку соціологічних і епідеміологічних досліджень, з метою виявлення осіб, поведінка яких спричиняє поширення ВІЛ-інфекції.

Виключення можливості передачі ВІЛ-інфекції через донорську кров та її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах.

Розв'язання завдання з недопущення випадків ВІЛ-інфікування через донорську кров і її компоненти, а також під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах потребує повноцінного забезпечення за рахунок державного бюджету обстеження донорської крові та її компонентів на ВІЛ-інфекцію; розроблення та здійснення заходів із забезпечення безпеки донорської крові та її компонентів стосовно ВІЛ-інфекції/СНІДу; удосконалення системи контролю за дотриманням технологій безпеки переробки донорської крові та її компонентів; вжиття заходів для недопущення випадків ВІЛ-інфікування під час надання медичної допомоги; удос-

коналення системи навчання медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів навичок роботи для забезпечення власної безпеки під час здійснення інвазійних процедур.

#### **Зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини**

Робота з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини повинна спрямовуватися на максимальне зменшення частоти зараження дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, забезпечення доступу до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію усіх вагітних і здійснення відповідних профілактичних заходів.

Зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини потребує:

- здійснення комплексу заходів первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок репродуктивного віку;
- пропагування серед ВІЛ-інфікованих жінок необхідності запобігання небажаній вагітності;
- забезпечення доступу вагітних до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- удосконалення роботи з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини під час вагітності, пологів і післяпологового догляду;
- впровадження сучасних методів діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Забезпечення доступу до діагностики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Такі важливі заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, як лікування, догляд та підтримка, передбачають:

- розширення доступу населення до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію;
- забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД до антиретровірусної терапії, профілактики і лікування опортуністичних інфекцій;
- здійснення заходів, спрямованих на протидію поширенню поєднаних захворювань ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу;
- запровадження сучасних методів моніторингу і контролю якості лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;

- здійснення заходів щодо зміцнення матеріально-технічної бази центрів профілактики і боротьби зі СНІДом і лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції;
- утворення центральної референс-лабораторії з питань діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу і забезпечення її діяльності;
- забезпечення догляду, підтримки і надання психосоціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;
- створення лікарень для хворих у термінальній стадії СНІДу (хоспісів);
- залучення представників неурядових організацій (зокрема Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ (СНІДом) до догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.